Nr. 17. 22. kwietnia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Albin RACINOWSKI, lek. szpit. św. Łazarza. Warszawa.

Przyczynek do badania choroby Schamberga.

Pierwszy, ogłoszony przez Schamberga *(Brith. J. of Derm. 1901, Nr. 1)*, przypadek nieznanej dotąd w piśmiennictwie dermatologicznem choroby, dotyczył 15-letniego chłopca, skądinąd zdrowego, u którego w ciągu czterech lat rozwinęły się na przedniej powierzchni obu podudzi a później na kostkach stóp i przegubie lewego przedramienia rozległe, wielkości dłoni i więcej, o nieprawidłowo-owalnych konturach zlewające się plamy koloru brunatnego lub żółto-brunatnego, pokryte nieco pomarszczonym naskórkiem i ujawniające wzmożenie naturalnych zmarszczek skóry. Na brzegu plam widać było liczne drobne punkcikowate lub wielkości łebka szpilki wykwity, koloru ciemno-czerwonego o wyglądzie nieco naczyniakowatym i ułożene bądź oddzielnie bądź gromadami, w całości przypominające ziarna pewnego gatunku pieprzu amerykańskiego *(„cayenne pepper dots")*. Choroba, nie wywołująca żadnych podmiotowych objawów, miała przebieg bardzo powolny i miejscami ujawniła skłonność do samoistnego znikania. Zmiany histologiczne przedstawiały się w postaci gęstego, dobrze odgraniczonego nacieku w warstwach brodawkowej i podbrodawkowej skóry ze szczególnem umiejscowieniem dokoła przewodów gruczołów potowych. Wskład nacieku wchodziły limfocyty, wielojądrzaste leukocyty oraz pewna ilość komórek nabłonkowatych i łącznotkankowych (gwiaździstych i wrzecionowatych). Przestrzenie limfatyczne i naczynia krwionośne były rozszerzone; śródbłonek naczyń ujawniał zjawiska bujania. Brak komórek barwikowych lub wolnych ziaren barwika Schamberg objaśniał okolicznością, iż do badania wzięto wykwit stosunkowo świeży. Nie wdając się w patogenezę i etjologję sprawy, ale odróżniając ją od *naczyniaka pełzającego* Hutchinsona, Schamberg nazwał ją *„a peculiar progressive pigmentary disease of the skin"*.

Wkrótce potem zjawiły się w temże czasopiśmie spostrzeżenia kliniczne Freeman'a i Colcott Fox'a oraz znacznie później w 1914 r. Whitfeld'a i Graham Little'a, które w obrazie chorobowym niemal identyczne były z przypadkiem Schamberga i nic szczególnego dla wyjaśnienia sprawy nie wniosły.

Dopiero jeden z sześciu przypadków Adamsona *(Brith. J. of Dermat. 1916, 1919)* różnił się od dotąd opisanych i klinicznie i w budowie anatomicznej. Charakterystyczne dla omawianej sprawy czerwono-brunatne punkty na obwodzie plamy po lekkiem drapaniu ujawniały słaby stopień łuszczenia i gdzieniegdzie przedstawiały się zanikowo. Histologicznie zaś, prócz nacieku, składającego się niemal wyłącznie z limfocytów i nieco komórek nabłonkowatych, usadowionych dokoła naczyń rozszerzonych i wykazujących bujanie błony wewnętrznej, widać było w głębokich częściach nacieku i przy ścianach naczyń liczne złogi ziarenek zielono-brunatnego barwika oraz komórki, zawierające ziarna barwikowe. Przytem jakiegoś bliższego stosunku nacieku do przewodów gruczołów potowych Adamson nie podawał.

Również i Kingery *(Journ. of Cut. dis. 1918)*, poświeciwszy swą pracę głównie zmianom anatomo-patologicznym choroby Schamberga, znalazł wzdłuż całej warstwy podbrodawkowej skóry i w sąsiedztwie gruczołów potowych nieprawidłowo rozłożone małe grupki zielonkowatego lub żółto-złotego barwika tak w komórkach jak i nazewnątrz nich. Barwik dawał odczyn dodatni z żelazosinikem potasu (hemosyderyna). Nacieki w przypadku Kingery'ego miały skłonność do sadowienia się przy gruczołach potowych i składały się z limfocytów, wielojądrzastych leukocytów i gdzieniegdzie z komórek tucznych, plazmatycznych i nabłonkowatych. Liczne naczynia rozszerzone ujawniały pewien stopień proliferacji śródbłonka. Obraz mikroskopowy był, jak widzimy, zbliżony częściowo do obrazu, podanego przez Schamberga, częściowo przez Adamsona.

Beeson *(Arch. of Derm. and Syph. 1924, Nr. 3)* pokazywał w Tow. Dermat. w Chicago trzy przypadki choroby Schamberga. W jednym z nich, u chłopca 15-letniego, w sąsiedztwie ognisk barwikowych na dolnych kończynach widoczne były oddzielne drobne pigmentowane grudki. Podkreślić należy, że w opisie morfologji zmian choroby Schamberga, wszyscy dotąd autorowie wykwity na obwodzie plam lub wewnątrz nich określali jako „punkciki" lub „maculae" i jednogłośnie za Schambergiem porównywali z ziarnem „cayenne pepper". Dopiero Beeson użył terminu „grudka" (papula).

Przypadek Parkhurst'a *(Arch. of Derm. and Syph. 1925, Nr. 2)* różnił się znacznie od dotychczas podawanych, ponieważ plamy częściowo ulegały zanikowi. Zmiany dotyczyły 50-letniego mężczyzny, u którego na przodzie prawego podudzia było jedno ostro odgraniczone, wielkości dłoni, ognisko i umiarowo na lewem podudziu mniejsze żółto-brunatnej barwy, miejscami w czerwoną przechodzącą. W plamie widoczne były czerwone punkty, przypominające *„cayenne pepper dots"*. Ogniska miejscami wykazywały umiarkowany zanik i częściowy brak włosów. W obu jamach podkolanowych istniały małe mniej zabarwione ogniska z usypanemi plamkami bez objawów zanikowych. Sprawa rozwinęła się w ciągu półtora roku, przyczem jedne ogniska znikały, inne świeżo występowały. Zmiany powodowały umiarkowane swędzenie. Przypadek ten, histologicznie nie zbadany, budzi, zdaniem mojem, pewne wątpliwości rozpoznawcze w kierunku choroby Schamberga.

Typowe przypadki ogłosili Mac Kafferty *(Arch. of Derm. and Syph. 1926)* i Rinzema *(Acta derm.-vener. 1925. VI)*. 31-letni chory tego ostatniego zasługuje na wzmiankę, ponieważ brunatne plamy i czerwone punkciki zajmowały podudzia, stopy, palce nóg oraz dłonie i fałdy międzypalcowe rąk.

Praca Tashiro *(Acta derm.-vener. 1925, VI)* jest ważna, ze względu na wynik badania histologicznego. Autor ten stwierdził naciek w warstwie brodawkowej, który się rozprzestrzenił dokoła mieszków włosowych i gruczołów potowych i składał się z leukocytów, komórek łączno-tkankowych, tucznych i plazmatycznych. Prócz tego, były widoczne drobne wynaczynienia i grupy barwika, oddziaływującego dodatnio z żelazo-sinkiem potasu. Podkreślić należy, że o wybroczynach w skórze wykwitów choroby Schamberga żadna z prac histologicznych dotąd nie wspominała.

Spostrzeżenia, które podali Mac Cormac *(Brit. J. of Derm. 1926, V)* i Dore *(Brit. J. of Derm. 1921, IX)*, są ciekawe ze względu, że dotyczą płci żeńskiej, wszystkie bowiem inne przypadki choroby Schamberga odnoszą się wyłącznie do osobników męskich. W pierwszem z nich, u dziewczyny 14-letniej, drobne plamki wystąpiły najpierw na lewem ramieniu; wkrótce podobne zmiany zjawiły się na lewem podudziu, przegubie przedramion, na szyi i w pachwinach w ułożeniu umiarowem, przekształcając się stopniowo w rozmaitej wielkości i rozmaitych konturów brunatnego koloru plamy, zawierające czerwone punkciki.

W typowym przypadku Dawling'a *(Brith. J. of Derm. 1926 Nr. 2)*, u 42-letniego mężczyzny ogniska chorobowe umiejscowione były tylko na jednem lewem przedramieniu. Histologicznie zmiany polegały na ścieńczeniu naskórka, spłaszczeniu brodawek i drobnokomórkowym gęstym okołonaczyniowym nacieku warstwy podbrodawkowej.

Podobne zmiany mikroskopowe znalazł i Roxburgh *(Brith. J. of Derm. 1925, IV)* w swoim przypadku.

Bruhns na posiedzeniu niemieckiego tow. dermat. (X. 1926) przedstawił 35-letniego chorego, u którego wystąpiło rozległe brunatne zabarwienie prawie umiarowo na obydwóch podudziach, bardziej rozlane z przodu i boków; na tylnych powierzchniach aż do pośladków były widoczne, przeważnie zgrupowane, punkcikowate wykwity, nie znikające po ucisku. Cała sprawa rozwinęła się w ciągu roku.

Przypadek Zimmerlin'a i Lanzenberg'a z kliniki Pautrier'a *(Bull. de la soc. de Dermat. fran. 1926, IV)* jest niezwykły ze względu na początek choroby i zmiany histologiczne. Dotyczy on 10-letniego chłopca, u którego objawy, datujące się, według słów matki chorego, niemal od urodzenia, jako czerwone punkcikowate plamki na podudziach, rozwinęły się w następującem rozplanowaniu: okolica pach i ramion jest siedliskiem drobnych, nie znikających od ucisku, punktów czerwonych i plam jasno-żółtych, dochodzących wielkością soczewicy; w zgięciu łokciowem, głównie na wyprostnej powierzchni, istnieją czerwone punkty oraz brunatne i żółtawe plamki, wielkości soczewicy, okrągławe i wydłużone o powierzchni gładkiej i nienacieczonej. Plamki, rozsypane bez porządku, zajmują całe ramię i przedramię aż do nadgarstka. Na wewnętrznej powierzchni ud plamy są bardzo obfite; na podudziach liczba ich jest mniejsza, lecz zabarwienie mają ciemniej-

sze i są nieco wzniesione i nacieczone. Ilość plam zmniejsza się ku stopie. Obraz mikroskopowy wykazał: 1) zgrubienie wszystkich warstw naskórka (rogowej, ziarnistej i śluzowej), 2) proliferację komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego w warstwie podbrodawkowej i 3) obecność w komórkach tych i w komórkach Langerhansa barwika, zawierającego żelazo, oraz licznych łańcuszkowato ułożonych ziaren takiegoż barwika między komórkami walcowatemi naskórka.

Dwa przypadki Templeton'a *(Arch. of Derm. and Syph. 1927, Nr. 2)* są klinicznie zbliżone do pierwowzoru Schamberga z tą różnicą, że w jednym z nich, zbadanym mikroskopowo, autor znalazł w warstwie podbrodawkowej wykwitu barwik, zawierający żelazo.

Nie można pominąć spostrzeżenia, które podał Ronga *(Arch. Ital. di dermat., sifil. et vener. T. II, 1926)*, dotyczącego 21-letniego żołnierza, spostrzeżenia, w zespole objawów klinicznych i wyniku badania histologicznego znacznie odbiegającego od opisu przypadków, dotąd ogłoszonych. Łuszczące się srebrzysto grudkowate przymieszkowe wykwity, na przodzie podudzi i przedramionach, umiarowo zebrane w duże poletkowate placki, które w środkowych częściach ujawniały stan zanikowo-bliznowaty z brakiem lub ubytkiem włosów, objawy liszaja mieszkowego (keratosis pilaris) poza obrębem zmian głównych, obrzęk gruczołów pachwinowych oraz szybki rozwój sprawy (1 rok) i skłonność również do szybkiego cofania się zmian z pozostawieniem ciemnego zabarwienia na obwodzie, wreszcie barwikowo-zanikowe zmiany na wargach ust, — wszystkie te objawy wcale nie odpowiadają temu obrazowi, który drobiazgowo i plastycznie podał Schamberg i inni. Jeżeli dodać, że w budowie mikroskopowej wykwitu znalazł Ronga takie zmiany, jak parakeratoza, zgrubienie naskórka, akantoza *(„zaffi piu profondi e larghi")*, nacieczenie w naskórku, przypominające ropnie prosówkowate *(„come dei minuscoli ascessi intraepidermici")*, obfitość nie dającego dodatniego odczynu na żelazo barwika w komórkach walcowatych naskórka oraz znaczną ilość chromatoforów w warstwie podbrodawkowej i nacieki okołonaczyniowe — widzimy, że całokształt wszystkich tych zmian przypomina raczej jakąś dermtozę grudkowato-łuszczyco-zanikową u osobnika z pewnemi zaburzeniami pigmentacyjnemi. Nawiasem dodać należy, że u chorego blizna po biopsji znacznie ściemniała i pozostałości po trądziku na plecach były mocno pigmentowane.

Pod tytułem *„dermatite lichenoide purpurique et pigmentée"* Gougerot i Blum podali dwa przypadki, pokazywane w francuskiem Tow. dermat. *(Bull. de la soc. franc. de Dermat. 1925, Nr. IX)*, przypominające chorobę Schamberga. W pierwszym, u mężczyzny 41-letniego, na podudziach z żylakami były rozlane barwikowe plamy, mające na obwodzie drobniutkie, czerwone grudki o wyglądzie wybroczynowatym, nie znikające przy ucisku i bardzo swędzące. Civatte, badając histologicznie ten przypadek, znalazł zmiany zanikowe w naskórku i znaczne pokłady barwika, zawierającego żelazo w nieco sklerotycznej warstwie podnaskórkowej. W drugim przypadku, u kobiety 31-letniej, zmiany były umiejscowione tylko lewostronnie na przedramieniu i podudziu i przedstawiały się w postaci małych placków, składających się z mieszaniny nie swędzących wykwitów liszajowatych i plamicowatych. W dyskusji nad przypadkiem Darier wypowiedział się za chorobą Schamberga.

Przypadek, który spostrzegałem w ciągu pół roku, przedstawia niejakie zainteresowanie ze względu na pewne szczegóły w budowie histologicznej pierwotnego wykwitu i na znaczne przestrzenie skóry, zajętej sprawą chorobową.

W czerwcu 1927 r. zgłosił się do mnie w przychodni szpitala św. Łazarza w Warszawie 40-letni A. T. dozorca, skarżąc się, iż od 5 lat ma na ciele plamy, które zaczęły ukazywać się najpierw na dolnych a później i górnych kończynach. Wysypka miała wystąpić w 2—3 miesiące po świerzbie i zaczęła się od drobnych, jak główka szpilki, punkcików, które po pewnym czasie ginęły, pozostawiając duże plamy. Przez cały czas trwania choroby, wysypka nie sprawiała i nie sprawia obecnie żadnego swędzenia lub bólu. Innych chorób chory nie przebywał. Żona jest zdrowa, nie roniła. Z trojga dzieci dwoje zmarło: jedno, w pierwszym roku życia na zapalenie płuc, drugie (chłopiec) w siódmym roku życia w trzy dni po upadku z drzewa. Najstarsza córka chorego, 18-letnia panna, żyje, jest zdrowa. W dalszej rodzinie poważniejszych chorób nie było.

Przy powierzchownem badaniu chorego uderza przedewszystkiem, że zmiany zajmują dość rozległe przestrzenie skóry i są dwojakiego typu: duże jaśniej lub ciemniej zabarwione placki i drobniutkie, ciemne plamki (rys.).

Na górnych kończynach po stronie zginaczy, widać rozmaitej wielkości żółte lub brunatno-żółte placki o konturach nieprawidłowych, wyraźnie odbijające się zabarwieniem od sąsiedniej zdrowej skóry. W plackach tych usiane są, bądź wewnątrz nich bądź na obwodzie, drobne punkcikowate, wielkości łebka szpilki lub nieco więcej, okrągławe lub owalne plamki, gdzieniegdzie wystające nad poziom skóry. Plamki posiadają ciemno-czerwone lub czerwono-brunatne zabarwienie i powierzchnię gładką, nie łuszczącą. Ułożenie plamek jest rozmaite: w jednych plackach są one skupione w gromady, w innych leżą porozrzucane bez żadnego porządku. Na całej przestrzeni przedramion plamki są widoczne



nie tylko w miejscach zabarwionych, lecz i w zdrowej skórze. Wyprostna powierzchnia ramion i przedramion, z wyjątkiem okolicy lewego łokcia, oraz ręce są wolne od zmian.

Na obu udach z przodu, z tyłu i z boków widać podobne zmiany z tą różnicą, iż zabarwienie niektórych placków jest ciemnobrunatne lub na powierzchni pokryte są lekko przylegającą delikatną łuseczką.

Z bocznej powierzchni obu ud placki i drobne plamki idą ku górze na zewnętrzne powierzchni pośladków oraz na okolice lędźwiową i częściowo na plecy.

Dwa placki o średnicy 2—3 cm i kilka mniejszych widać na dolnej powierzchni brzucha i z jego boków.

Na lewem podudziu placki znajdują się z przodu i z tyłu, na prawem tylko z przodu, pozostawiając skórę łydki zupełnie nie zajętą. Na podudziach placki są żółtego i jasno-żółtego koloru, okrągławe lub owalne. Drobnych plamek tak oddzielnych jak i w plackach barwikowych jest tutaj znacznie mniej, niż na górnych kończynach, a niektóre placki zupełnie nie zawierają drobnych plamek, przedstawiając tylko ogniska żółto zabarwionej skóry.

Okolice obu kostek stóp i śródstopi są siedliskiem żółtych i żółtobrunatnych placków, posiadających ciemno-brunatne lub ciemno-czerwone plamki, widoczne gdzieniegdzie i w zdrowej skórze. W tych okolicach niektóre placki częściowo pokryte są delikatną łuseczką. Po zdjęciu łuseczki skóra nie krwawi i nie sączy.

Na twarzy, szyi, klatce piersiowej i narządach płciowych zmian niema.

W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znaleziono. Odczyn Bordet-Wass. we krwi ujemny. Mocz bez białka i cukru.

Badanie krwi morfologiczne (dr. M. Jastrzębski) wykazało. hemoglobiny 95, czerwonych ciałek 6960000, wskaźnik barwliwości 0.8, krwinek białych 11200, płytek Bizzozero 300000, początek krzepliwości po 15 minutach, koniec po 45 minutach.

Długość krwawienia ulega wahaniom: pierwszego dnia pół minuty (4 nakłucia), trzeciego dnia 3—4 minuty (2 nakłucia).

W krwinkach czerwonych odchyleń od normy nie zauważono.

Wzór białych krwinek: obojętnochłonnych 64, eozynochłonnych 1, form przejściowych 3, limfocytów dużych 12, małych 20.

Do badania histologicznego wziąłem maleńką dość wyniosłą plamkę z obwodowej części barwikowego placka lewego uda. Rana po biopsji zagoiła się dobrze z pozostawieniem ładnej różowej blizny. Preparat utrwalono w stopniowo wzmacnianym wyskoku, zatopiono w parafinie i barwiono zwykłemi metodami.

Naskórek jest prawidłowy, w niektórych skrawkach jednak wydaje się nieco zwężony.

Głównym terenem zmian jest warstwa podbrodawkowa skóry. W warstwie tej widać nagromadzenie nacieków, składających się niemal wyłącznie z limfocytów, mocno wzajemnie skupionych

i niewielkiej przymieszki komórek łączno-tkankowych i plazmatycznych.

Nacieki są ściśle związane z naczyniami krwionośnemi, posuwają się wzdłuż ich ścian i na pewnej od nich odległości. Brodawki również są siedliskiem komórek naciekowych, które jednak tutaj nie są tak zbite jak w warstwie pod brodawkami a bardziej rozsypane w ich masie.

Naczynia są gdzieniegdzie rozszerzone i nie zawierają krwi. Ściany naczyń są zgrubiałe skutkiem proliferacji wewnętrznej i zewnętrznej błon *(endo et periangoitis)*. Częstokroć udaje się prześledzić bieg naczynia, które w jednem miejscu jest przecięte poprzecznie, w innem ukośnie, a jeszcze w innem poziomo, co pozwala przypuszczać, że naczynie ma kierunek wężykowaty o dużych skrętach. Niektóre naczynia są pozbawione światła.

W warstwie podbrodawkowej, w bezpośredniem sąsiedztwie z naczyniami krwionośnemi, widać gdzieniegdzie drobne wylewy krwi. W niektórych wylewach, obok bezpostaciowej masy krwi, przylegającej bezpośrednio do zniekształconej ściany naczynia, można policzyć kilka lub kilkanaście dobrze zachowanych krążków krwi, rozsypanych na dość znacznej odległości od miejsca wynaczynienia. Dodać należy, że wynaczynienia spotykają się w skrawkach dość rzadko — częstokroć trzeba przejrzeć serję preparatów, aby znaleźć jedno lub dwa wynaczynienia.

Na całej długości warstwy podbrodawkowej widać znaczne ilości barwika. Barwik, stosunkowo obficie nagromadzony w blizkości naczyń nacieku a nawet w nim samym, przedstawia się w postaci drobnych różnego kształtu ziarenek, czasem wielkością dochodzących do wielkości jądra limfocyta, koloru żółtego, żółto-złotego lub żółto-brunatnego. Ziarna barwika leżą bądź oddzielnie, bądź są zebrane w mniejsze lub większe skupienia. Niekiedy ziarna barwika ułożone są paciorkowato.

Prócz leżącego luźno barwika, widać i oddzielne komórki, zawierające barwik. Komórki te mają kształt wydłużony, ogoniasty z wrzecionowatem jądrem. W jednych komórkach barwik jest wyraźny w postaci drobnych ziarenek brunatnego koloru, leżących w protoplazmie komórki, w innych ziarna są niewidoczne, tylko protoplazma komórki ma wygląd żółtawy, matowy. Komórki barwikowe tu i ówdzie znajdują się w blizkiem sąsiedztwie z warstwą walcowatą naskórka; nieraz otrzymuje się wrażenie, jakgdyby komórka barwikowa wtłoczona była pomiędzy dwie komórki warstwy walcowatej.

Preparat, obrobiony żelazo-sinkiem potasu, daje dodatni odczyn na obecność w barwiku żelaza.

Gruczoły potowe i mieszki włosowe zmian nie wykazują; w górnych pokładach skóry o tyle są zmienione o ile przewody ich wchodzą w obręb nacieku okołonaczyniowego, w głębszych warstwach dokoła kłębków widać niewielkie nagromadzenie komórek limfoidalnych.

W rozpoznawaniu choroby S c h a m b e r g a największe trudności nastręczają się w odróżnianiu jej od p l a m i c y o b r ą c z k o w e j *(purpura annularis teleangiectodes* M a i o c c h i), tem więcej, że niektórzy autorzy obie postaci uważają za odmiany jednej i tej samej sprawy. Odnośnie jednak do mojego przypadku, różnice w obrazie klinicznym, a głównie anatomo-patologicznym są wyraźne.

Plamica obrączkowa zwykle trwa kilka miesięcy, najwyżej rok, niekiedy z nawrotami, ma przebieg podostry i napadowy, częstokroć z towarzyszeniem pewnych zwiastunów całego ustroju, gdy u mojego chorego sprawa trwa około pięciu lat, rozwijając się powoli i stopniowo przy dobrym ogólnym stanie chorego. Oddzielne placki w plamicy obrączkowej, ulegając wchłanianiu, pozostawiają w środku miejsca zanikowe, jako następstwo poważnych zmian anatomicznych w skórze. W moim przypadku widzimy plamy barwikowe bez zjawisk zanikowych. Jedynie w kilku miejscach na dolnych kończynach są one pokryte delikatnemi, łatwo odpadającemi łuskami. Niewielki zresztą stopień łuszczenia w przypadkach choroby S c h a m b e r g a podają G r a h a m L i t t l e, A d a m s o n i M a c C a f f e r t y. Wreszcie pierwotne wykwity plamicy obrączkowej układają się w koła i łuki, czego u mojego chorego nie można skonstatować. Również i w budowie histologicznej mój przypadek przedstawia pod względem natężenia zmian wyraźne różnice w zestawieniu ze zmianami w plamicy obrączkowej. Znaczne rozszerzenie naczyń, przepełnienie ich krwią i liczne krwotoki nie tylko w warstwie podbrodawkowej, lecz i w głębokich pokładach skóry oraz duże zmiany w ściankach naczyń, jako charakterystyczne cechy choroby M a i o c c h i'e g o, w moim przypadku były w znacznie słabszym stopniu wyrażone. Natomiast umiejscowienie zmian w dolnych częściach brzucha, okolicy lędźwiowej i na biodrach (częste siedlisko plamicy obrączkowej) oraz charakter rozsiany wykwitów oddalają nieco mój przypadek od obrazów typowych choroby S c h a m b e r g a, raczej zbliżając do postaci M a i o c c h i'e g o.

Co się tyczy n a c z y n i a k a p e ł z a j ą c e g o H u t c h i n s o n a, choroby, którą S c h a m b e r g i kilku innych autorów miało na uwadze w rozpoznawaniu postępującej barwikowej dermatozy, w zestawieniu z moim przypadkiem można ją łatwo wyłączyć. Rozszerzanie się pierścieniowate wykwitów, brak pigmentacji i trwałość zmian, objawy znamionujące naczyniaka pełzającego, wystarczają, nie mówiąc już o zupełnie odmiennej budowie histologicznej, aby rozpoznanie poprowadzić w prawidłowym kierunku.

Ten krótki przegląd podanych w piśmiennictwie przypadków choroby S c h a m b e r g a, wraz z mojem spostrzeżeniem, pozwala wnioskować, że ramy, w które ujął swój zespół S c h a m b e r g, w następstwie dalszych badań coraz więcej zaczęły się rozszerzać i przedstawiać obraz choroby w linjach bardziej złożonych.

Pierwotne wykwity, określane początkowo jako punkciki i plamki, ulegające wchłanianiu z pozostawieniem rozlanego zabarwienia, mogą mieć wygląd nieco wyniosły, grudkowaty (P a u t r i e r, B e e s o n) i na powierzchni ujawniać pewien stopień łuszczenia (A d a m s o n, Gr. L i t t l e) lub zaniku (P a r k h u r s t, A d a m s o n). Niektóre z tych cech mogłem gdzieniegdzie zauważyć i u swojego chorego; powstawanie zaś ich można objaśnić dość znacznemi zmianami anatomicznemi wykwitów, będącemi wyrazem stanu zapalnego jaki się odbywa w pierwotnym wykwicie. Już S c h a m b e r g, reasumując anatomo-patologiczny wynik badania swego przypadku odniósł zmiany w nim zachodzące do zapalenia podostrego.

Również i umiejscowienie objawów choroby S c h a m b e r g a może być rozmaite: prócz klasycznej lokalizacji (podudzia, uda i przedramiona), spotykamy oddzielne przypadki, w których choroba miała za siedlisko palce nóg i rąk (R i n z e m a), szyję (M a c C o r m a c), pachy i pachwiny (P a u t r i e r) i pośladki (B r u h n s). Przytem może być naruszona i umiarowość w ułożeniu zmian, uznawana dotąd jako prawidło: w przypadku D a w l i n g a wykwity były wyłącznie na lewem przedramieniu, chora G o u g e r o t i B l u m m a miała objawy tylko lewostronne na przedramieniu i podudziu. Wreszcie zaczęły się zjawiać spostrzeżenia dotyczące i płci żeńskiej (M a c C o r m a c, D o r e, G o u g e r o t i B l u m m, A n t o n i).

Zmiany anatomiczne pierwotnego wykwitu w miarę przybywania nowych badań uzupełniały się, częstokroć ważnemi, szczegółami, wyjaśniającemi rozwój procesu chorobowego.

Aczkolwiek S c h a m b e r g histologicznie barwika w swoim przypadku nie znalazł, co nie przeszkodziło mu, aby zatytułować swoje spostrzeżenie p o s t ę p u j ą c ą b a r w i k o w ą c h o r o b ą s k ó r y, to jednak brak barwika dostatecznie umotywował, i już wszystkie następne prace wykazywały, że obecność barwika w warstwie podbrodawkowej jest zjawiskiem stałem i obowiązującem dla zespołu S c h a m b e r g a (K i n g e r y, A d a m s o n, P a u t r i e r i in.). Przytem barwik ten, zawierający żelazo, pochodzi ze krwi. O tem pochodzeniu barwika bardziej jeszcze przekonały badania T a s h i r o, który, niezależnie od barwika, stwierdził w pierwotnym wykwicie mniejsze lub większe wynaczynienia. Analogiczne zmiany miały miejsce i w moim przypadku.

Dalsze badania wykazały, że obecność barwika idzie w parze z obfitemi naciekami okołonaczyniowemi i dużemi zmianami w ścianach naczyń, doprowadzającemi często do zamknięcia światła naczynia. I te zmiany należą również do stale spostrzeganych w chorobie S c h a m b e r g a.

Występowanie w naciekach innych składników patologicznych, jak komórki plazmatyczne, nabłonkowate i tuczne, podlega rozmaitym wahaniom: zazwyczaj elementy te nie zjawiają się w znacznej ilości, częstokroć brak ich bywa zupełnie lub występują nierównomiernie, co sprawia, że w histogenezie choroby S c h a m b e r g a odgrywają one drugorzędną rolę. To samo można powiedzieć i o tkance klejorodnej i włóknach sprężystych: zachowują się one w większości przypadków zupełnie prawidłowo, poza pewnym ubytkiem włókien elastycznych w ścianach naczyń.

Pozostaje nie wyjaśniony udział gruczołów potowych w rozwoju choroby S c h a m b e r g a. Autor ten dość silnie podkreślił ich stanowisko w budowie plamki barwikowej. Dalsze jednakże poszukiwania nie wykazały nic szczególnego co do roli, jaką mogłyby tutaj odegrać gruczoły potowe. Istotnie w niektórych miejscach kłębki i przewody gruczołów potowych, a nawet i mieszki, mają większe lub mniejsze skupienia komórek limfoidalnych, ale zjawisko to jest tak mało wybitne i nie zawsze dające się stwierdzić, iż trudno je wysunąć na pierwszy plan w rozważaniu histogenezy pierwotnego wykwitu.

Mimo tych rozbieżności w symptomatologji i morfologji wykwitów, powstających w miarę przybywania coraz to nowych spostrzeżeń, zespół S c h a m b e r g a klinicznie a jeszcze bardziej

anatomo-patologicznie przedstawia się w dość wyraźnie zarysowanych kształtach.

Stopniowe i powolne występowanie drobnych, gdzieniegdzie zlekka wyniosłych naczyniakowatych, lecz nie znikających po ucisku, czerwonych plamek, przeobrażających się w rozlane barwikowe plamy, oraz zmiany degeneracyjne naczyń warstwy podbrodawkowej i brodawek, doprowadzające do punkcikowatych wynaczynień i tworzenia się złogów barwika, są podstawowemi elementami w ewolucji choroby Schamberga.

Już wygląd kliniczny sprawy oraz znaczne jej podobieństwo do plamicy obrączkowej wzbudziły w ostatnich czasach u niektórych autorów myśl o przynależności schorzenia do grupy skaz krwotocznych, aczkolwiek wyraźnego zdania w tym sensie nie wypowiadano. Poprowadzono jedynie badanie krwi w kierunku zapoznania się z jej własnościami fizyczno-chemicznemi, mogącemi rzucić niejakie światło na istotę schorzenia.

Niestety badania te są tak nieliczne i ułamkowe, iż niepodobna dziś na zasadzie tego materjału orzec, z jakiem podłożem patogenetycznem mamy do czynienia w chorobie Schamberga.

Bądźcobądź wyniki badania krwi należy uważać za bardzo znamienne i tem samem zachęcające do prowadzenia dociekań w dalszym ciągu.

W pracy Pautrier'a i Diss'a *(Ann. de derm. 1927, N. 7)* jest mowa o przypadku choroby Schamberga u 10-letniego chłopca skłonnego do krwotoków, u którego przy prawidłowej liczbie czerwonych i białych ciałek krwi ilość płytek Bizzozero była zmniejszona do 150.000 i czas krwawienia był wydłużony do 5 minut (norm. około 2 minut). W spostrzeżeniu Antoni'ego *(Derm. Woch. 1927, N. 34.)* badanie krwi wykazało: hemoglobiny 60% (Sahli), liczba czerwonych krążków 860.000 (!), białych ciałek 8.500, liczba płytek obniżona do 156 tys., czas krwawienia był wydłużony do 4 i pół minut, początek krzepliwości po 15 a koniec po 30 minutach. Templeton podaje czas krwawienia i krzepnięcia nieco skrócony (1 — 1½ minuty i 6 minut). W moim przypadku, jak podano wyżej, przy pewnej hiperglobulji czas krwawienia ulegał wahaniu (pół do 4 minut) i krzepnięcie było znacznie wydłużone (początek po 15, koniec po 45 minutach).

Aczkolwiek dane hematologiczne są szczupłe, jednak, opierając się przedewszystkiem na symptomatologji i na obrazie mikroskopowym choroby Schamberga, można wyrazić przypuszczenie, iż sprawę tę należy zaliczyć do grupy skaz krwotocznych.

Temu przypuszczeniu możnaby przeciwstawić fakt, będący w pewnej sprzeczności przy takiem ujmowaniu kwestji, a dotyczący wynaczynień w skórze, których histologicznie w większości przypadków choroby Schamberga nie notowano, a które w zestawieniu z makroskopowym wyglądem pierwotnego wykwitu powinny stanowić nieodłączną i obowiązującą część składową w jego histologicznej budowie. To rzekome jednak przeciwieństwo można wytłumaczyć zjawiskiem, iż w chorobie Schamberga wynaczynienia nie posiadają cech gwałtownych i rozległych, z przerwaniem naczynia, wylewów krwi, jakie mają miejsce w niektórych postaciach krwotoczności lub plamicy typu Maiocchi'ego. W chorobie Schamberga wynaczynienia nie tylko odnoszą się do kapilarów lub drobnych tętniczek, ale i samo wynaczynienie odbywa się przy pozornie utrzymanej ciągłości ściany naczynia: czerwone ciałka krwi przesączają się poprzez nieuszczelnione spoiwa śródbłonka naczyń włoskowatych lub tętniczek, chorobowo zmienionych. Nawiasem dodać należy, że mechanizm przedostawania się czerwonych krążków przez ścianę śróbłonkową, nie wykazującą zmian widocznych, stwierdzili w krwotoczności awitaminowej Aschoff, Koch i in. oraz skonstatowano je w doświadczeniach Heubnera nad wstrzykiwaniem dożylnem soli ciężkich metali. Analogiczne zjawisko ma miejsce i w pierwotnym wykwicie choroby Schamberga. Pozatem i obecność złogów barwika żółtego, zawierającego żelazo, w warstwie podbrodawkowej dostatecznie świadczy o jego pochodzeniu ze świeżo wynaczynionej krwi.

Jeżeli mamy podstawy do tego, aby zaliczyć chorobę Schamberga do skaz krwotocznych, to przy obecnym materjale niepodobna zorjentować się, do której z postaci krwotoczności najbardziej możnaby ją zbliżyć. Brak wynaczynień na śluzówkach, brak zmian w narządach wewnętrznych, przynajmniej klinicznie nie dających się stwierdzić, oraz powolny i postępujący przebieg choroby czyni z niej postać o znamionach odrębnych i jedynie z zaburzeń układu krwionośnego podobną do znanych odmian krwotoczności. Jeżeli do tych cech dodać jeszcze łagodność objawów klinicznych, słabe natężenie zmian anatomo-patologicznych przy szczególnie charakterystycznem ich umiejscowieniu w skórze. wszystko to pozwala upatrywać w chorobie Schamberga postać poronną krwotoczności.

I. HESCHELES. Lwów.

Przyczynek do serologicznych badań porównawczych odczynu Wassermanna i odczynu Meinicke,go *).

Z Kliniki pediatrycznej U. J. K. we Lwowie. Dyr. Prof. Groer.

Od czasu wykrycia i wprowadzenia t. zw. „odczynów kłaczkowatych" celem serologicznego rozpoznawania kiły, dogmat o niewzruszalności i nieomylności odczynu Wassermanna — uległ zachwianiu. Z czasem wyłonił się problem, czekający na odpowiedź, czy też stale ujemne oddziaływanie wobec o. Wassermanna daje prawdiwą ocenę i wskaźnik tego stanu, który zwykliśmy uważać za idealny wynik leczniczy swoistego leczenia przeciwkiłowego, czy czułość tego odczynu jest dostateczna, by móc na jego ujemnym wyniku budować nasz pogląd kliniczny o „wyleczeniu" kiły. Fakt różnorodności wyników badania serologicznego na podstawie odczynów kłaczkowatych z jednej, a odczynu Wass. z drugiej strony, wywołał w tej sprawie najrozmaitsze zdania i poglądy. Jedni autorzy widzą w dalszym ciągu w o. Wass. najswoistsze i najwierniejsze zwierciadło zakażenia ustroju krętkiem bladym, drudzy, na skutek porównawczych badań obu odczynów, domagają się stale uzupełnienia o. Wass. jeszcze jednym z odczynów kłaczkowatych, gdyż, zdaniem ich, o. Wass., samoistnie wykonany, nie daje, wedle dzisiejszych metod badania, dość ścisłego kryterjum o stanie zakażenia kiłowego.

Na podstawie naszych porównawczych badań serologicznych, przy równoczesnem wykonywaniu odczynów Wass. i Meinicke'go na materjale poradni kiłowej czynnej przy Klinice pediatrycznej- U. J. K. we Lwowie, co stosujemy już z górą 2 lata, musimy się przychylić do zdania autorów ostatnich. Z pośród odczynów kłaczkowatych padł wybór nasz na o. Meinicke'go, a to z 3-ch względów: 1) jest on prosty i łatwy do wykonania, 2) nie wymaga żadnej aparatury, 3) wynik można odczytać w godzinę po wykonaniu odczynu.

Spostrzeżenia Meinicke'go co do zachowania się surowicy kiłowej wobec ciał lipoidalnych, doprowadziło go do odkrycia w r. 1917 swoistego odczynu serologicznego przy kile, który autor nazwał „odczynem zmętnienia Meinicke'go" (Meinicke's *Trübungs-Reaction)*. Odczyn ten opiera się na tej zasadzie że ciała lipoidalne, zawarte w antygenie kiłowym, tworzą z globulinami surowicy, kiłowej strąt, który w hypertonicznym roztworze soli kuchennej nie jest rozpuszczalny w odróżnieniu od surowicy prawidłowej, która tworzy strąt rozpuszczalny w tym roztworze.

Pierwsza metodyka o. Meinicke'go, ogłoszona w r. 1917, składała się z 2 faz. Jako antygenu użył Meinicke wówczas odtłuszczonego wyciągu serca końskiego z domieszką cholesteryny. Ponieważ metodyka ta nastręczała w praktyce wiele technicznych trudności i wymagała wiele czasu do odczytania, dążył Meinicke przez szereg modyfikacyj do jej uproszczenia, aż w końcu doszedł do metodyki obecnej, łatwej i prostej technicznie, którą to metodyką także my obecnie się posługujemy. W przebiegu tych modyfikacyj pierwsza opierała się na dodaniu do alkoholowego wyciągu serca końskiego balsamu tolutańskiego (w r. 1922), co umożliwiało odczytywanie wyników już po godzinie. Przez wprowadzenie wielu uproszczeń do techniki wykonywania odczynu, jak usunięcie cieplarki i zastąpienie jej ciepłą wodną kąpielą, możność używania surowicy czynnej w przeciwstawieniu do metodyki poprzedniej, w której należało używać surowicy unieczynnionej, przedstawia się dzisiejsza metodyka o. Meinicke'go jako najprostszy i najłatwiej wykonalny sposób badania serologicznego kiły.

Badania serologiczne, o których mówiliśmy wyżej, przeprowadzaliśmy z natury rzeczy tylko na pewnym, ściśle określonym materjale, i to z jednej strony na klinicznie pewnych lub podejrzanych przypadkach kiły wrodzonej, zarówno przed leczeniem, jak też w toku i po ukończeniu leczenia, jakoteż z drugiej strony na matkach dzieci kiłowych.

Pytania, które sobie postawiliśmy przy uskutecznianiu powyższych badań serologicznych,, były następujące:

1) Czy i o ile odczyn Meinicke'go jest w stanie zastąpić lub też ewentualnie uzupełnić odczyn Wassermanna w kile wrodzonej jako jeden ze wskaźników wyniku leczniczego podczas i po zastosowaniu regularnego i energicznego leczenia przeciwkiłowego, wedle szematu przez nas od szeregu lat ustalonego?

2) Czy zastosowanie obu metod badania serologicznego wykazuje wyraźnie wybitną przewagę czułości jednej metody nad drugą?

3) Jakie jest zachowanie się obu odczynów u matek dzieci kiłowych?

---

*) Wedle odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Pol. Tow. Pedjatrycznego we Lwowie dnia 5 kwietnia 1927 r.

Pytania w kierunku swoistości o. Meinicke'go poruszać nie mogliśmy ze względu na to, iż rozporządzamy tylko materjałem kiłowym.

Celem ścisłej oceny i usystematyzowania wyników badań na surowicach dzieci kiłowych, podzieliliśmy je na dwie podgrupy: 1) Kiła wrodzona wczesna; 2) Kiła wrodzona zastarzała, kiła wrodzona późna, kiła wrodzona utajona. W dalszym ciągu zgrupowaliśmy je wedle tego, czy były wykonane przed, podczas, czy po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego, by w każdym przypadku otrzymać niezatarty obraz zachowania się obu odczynów i wzajemnego ich ustosunkowania się.

O. Wass. dokonywany był w tutejszym instytucie higjeny, zaś o. Meinicke'go wykonywaliśmy w Klinice wedle oryginalnego przepisu z tą zmianą, iż zamiast nastawiania surowicy z dwoma odczynnikami Meinicke'go, z których jeden jest słabszy, drugi silniejszy, wykonywaliśmy jednorazowo odczyn z mieszaniną obu odczynników po połowie.

W podgrupie pierwszej, t. j. przypadków kiły wrodzonej wczesnej, wyniki badań porównawczych odczynu Wassermanna i Meinicke'go były różne, zależnie od tego, czy badania te dotyczyły przypadków nieleczonych, czy przeprowadzone zostały w toku lub po ukończonem leczeniu (tablice I i II): podczas gdy zgodność

Tablica I.

Grupy przypadków wedle rozpoznania i stanu leczenia:	Ogólna ilość badanych surowic	Wyniki zgodne w %	Wyniki niezgodne	
			M+ W−	M− W+
I. Lues cong. recens				
a) przed leczeniem:	23	83	8.5%	8·5%
b) w toku leczenia:	91	85	11 „	4 „
c) po ukończ. leczeniu:	42	85	10 „	5 „
II. Lues cong. invet. tarda, latens				
a) przed leczeniem:	20	85	15 „	—
b) w toku leczenia:	68	56	42.5 „	1.5 „
c) po ukończ. leczeniu:	21	33	67 „	—
III. Lues materna	39	48	52 „	—
Razem:	304	70.4	27%	2.6%

Tablica II.

Grupy przypadków wedle rozpoznania i stanu leczenia:	Ogólna ilość badanych surowic	O. Wass.			O. Mein.			%-y wzrost dod. wynik. odcz. Mein. w stosunku do odczynu Wass.
		dod.	ujem.	wątpl.	dod.	ujem.	wątpl.	
I. Lues cong. recens								
a) przed leczeniem:	23	15	8	—	15	8	—	0
b) w toku leczenia:	91	17	73	1	25	66	—	o 9%
c) po ukończ. leczenia:	42	3	38	1	6	36	—	o 7 „
II. Lues cong. invet. tarda, latens								
a) przed leczeniem:	20	17	3	—	20	—	—	o 6 „
b) w toku leczenia:	68	38	30	—	66	2	—	o 41 „
c) po ukończ. leczeniu:	21	—	21	—	12	7	2	o 55 „
III. Lues materna	39	13	22	4	31	6	2	o 47 „
Razem:	304	103	195	6	175	125	4	o 23%

obu odczynów wystąpiła mniej więcej w tym samym odsetku, (od 83 — 85%) bez względu na stan leczenia przypadków, to w czasie i po ukończonem leczeniu dawała się już zaznaczyć lekka przewaga czułości odczynu Meinicke'go nad odczynem Wassermanna przeciętnie o 6%, której przed leczeniem jeszcze nie mogliśmy stwierdzić.

Przewaga czułości odczynu Meinicke'go występuje wybitnie dopiero w drugiej podgrupie przypadków kiły wrodzonej t. j. przypadków kiły wrodzonej późnej, zastarzałej i utajonej. Tu się zaznacza już ona w okresie przed rozpoczęciem leczenia, przy zachowaniu tego samego poziomu zgodności obu odczynów, jaki stwierdziliśmy w kile wrodzonej wczesnej (85%). W ciągu jednak leczenia i po uskutecznieniu leczenia przeciwkiłowego zgodność obu wyników szybko maleje na korzyść odczynu Meinicke'go, który w toku leczenia jest czulszy od odczynu Wassermanna w około 40% przypadków, zaś po ukończeniu leczenia w 67% przypadków.

Jeszcze silniej uwydatnia się owa przewaga czułości odczynu Meinicke'go nad o. Wassermanna, gdy porównamy ze sobą liczbowo wyniki dodatnie i ujemne poszczególnych odczynów (Tabl. II). I tak:

Na 91 surowic pierwszej grupy (kiła wrodzona wczesna), badanych w toku leczenia, tylko 17 dało o. Wassermanna dodatni, zaś 25 o. Meinicke'go dodatni, czyli, że uzyskaliśmy 9% wyników dodatnich przez współczesne wykonywanie obu odczynów; po ukończeniu leczenia przeważała suma wyników dodatnich o. Meinicke'go w stosunku do o. Wassermanna o 7% na 42 surowic badanych.Na 20 surowic przypadków późniejszej kiły wrodzonej jawnej i utajonej n i e l e c z o n e j tylko 17 oddziaływuje dodatnio, zaś 3 ujemnie na o. Wassermanna, podczas gdy wszystkie bez wyjątku oddziaływują dodatnio na o. Meinicke'go. Na 68 surowic tej grupy przypadków w toku leczenia (vide Tab. II) prawie wszystkie, bo 66 oddziaływują jeszcze dod. na Meinicke'go, podczas gdy wedle o. Wassermanna nieco więcej, aniżeli połowa, bo 38 wykazuje wynik dodatni, zaś reszta, t. j. 30, wynik ujemny.

Najdobitniej wyraża się różnica w zachowywaniu się obu odczynów wobec tej grupy przypadków kiły wrodzonej późniejszej, które przeszły pełną kurację przeciwkiłową (v. tab. II): na 21 surowic, które wszystkie wykazują ujemny o. Wassermanna, jeszcze 12, t. j. więcej aniżeli połowa daje dodatni odczyn Meinicke'go.

Liczby te wykazują niedwuznacznie, iż o. Meinicke'go jest oporniejszy na wpływ leczenia swoistego, aniżeli o. Wassermanna, który łatwiej i szybciej ustępuje w toku leczenia, zwłaszcza i w pierwszym rzędzie w przypadkach kiły wrodzonej późniejszej, tak jawnej, jak utajonej.

Dlatego też uważamy odczyn Meinicke'go w uzupełnieniu dotychczasowych metod badania jako bardzo czuły wskaźnik i kryterjum wyników leczniczych kiły wrodzonej, tak trudnych do objektywnej oceny. W tem przeświadczeniu kierujemy się w leczeniu kiły wrodzonej wynikiem badania zarówno o. Wassermanna jak o. Meinickego i zadowalamy się wtedy dopiero wynikiem pomyślnym, gdy oba odczyny wykazują t r w a l e wynik ujemny.

Oddzielny rozdział stanowią wyniki badań porównawczych o. Wassermanna i Meinicke'go u matek dzieci kiłowych. W ostatnich czasach wykonywaliśmy stale oba odczyny u matek dzieci kiłowych, zgłaszających się poraz pierwszy w naszej Poradni. Wyniki tych badań okazały się wprost nieoczekiwane: na 39 matek około 83% wykazało dodatni o. Meinicke'go, zaś tylko 36% dod. o. Wassermanna. Innemi słowy przez wykonywanie obu odczynów wykazaliśmy u przeważającej większości matek, bo u 4/5 utajoną infekcję kiłową, podczas gdy o. Wassermanna wykazywał ją tylko u 1/3 matek. Jest to jeszcze jeden z dowodów stwierdzających niezbicie, że dawne prawo Collessa o odporności matek dzieci kiłowych przeciw kile nie da się utrzymać, zarówno wobec współczesnych poglądów, jak i wobec nowszych metod badania.

Zbierając wyniki naszych badań możemy stwierdzić, że równoczesne wykonywanie odczynów Wassermanna i Meinicke'go daje możność:

a) ściślejszej oceny wyników leczenia kiły wrodzonej, zwłaszcza jej późniejszych postaci, gdyż o. Meinicke'go okazuje się oporniejszym względem leczenia, aniżeli o. Wassermanna;

b) stwierdzenia u znacznej ilości matek dzieci kiłowych utajonej postaci kiły, mimo ujemnego u nich odczynu Wassermanna.

Dr. N. MELLER i Dr. E. FRISCH. Lwów.

O badaniu sprawności wątroby ze szczególnem uwzględnieniem próby z galaktozą.

Z oddziału wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prymarjusz: Doc. Dr. C z e r n e c k i.

Oddawna są już znane rozliczne funkcje wątroby, bliższe ich omówienie jest więc zupełnie zbyteczne, wystarczy je tylko w krótkości wymienić. Wątroba odgrywa, jak wiadomo, ważną rolę:

1) w pośredniej przemianie materji,
2) jest narządem odtruwającym,

3) wydzielniczym.

ad 1) i 2) W przemianie materji: a) reguluje przemianę węglowodanów, przez zdolność gromadzenia glikogenu i oddawania go, w razie potrzeby, do krwi. Regulacja ta zależy, jak wiadomo, od gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (trzustka i inne) i od układu nerwowego *(piqûre Claude Bernarda)*, b) w przemianie białkowej desaminuje kwasy aminowe, przyczem odszczepia się amoniak, służący do syntezy mocznika; łączy pewne trujące produkty rozpadu białka w ciała nieszkodliwe, (kwasy gliko- i taurocholowe, kwas hippurowy i t. d.), c) odgrywa wreszcie rolę w przemianie tłuszczów i lipoidów, mając zdolność ich magazynowania i przerabiania.

ad 3) Jako narząd wydzielniczy wątroba wydziela żółć, o której znaczeniu nie będziemy się tu rozwodzić. Wspomnimy jedynie, że najważniejszym barwikiem żółci jest bilirubna, pochodna hemoglobiny. Bilirubina, dostawszy się do jelit, ulega rozszczepieniu na hemibilirubinę, barwik kału, identyczny z urobilinogenem. Urobilinogen ulega w większej części wchłonięciu do krwi, skąd mała jego część przedostaje się do moczu już w warunkach fizjologicznych. (Urobilinogen normalny). Większa część wchłoniętego urobilinogenu zostaje wychwytaną przez komórki wątrobowe i napowrót przerobioną na bilirubinę. Komórki wątrobowe schorzałe tracą zdolność chwytania z krwi i przerabiania urobilinogenu, wobec czego większa jego ilość przedostaje się do moczu, (Urobilinogen wzmożony), co ma być dowodem schorzenia miąższu wątrobowego. W przypadkach, w których bilirubina wogóle do jelit się nie dostaje, a więc w żółtaczkach mechanicznych, nie stwierdza się wogóle urobilinogenu w moczu. Wyjątkowa zaś jego obecność w moczu w pewnej żółtaczce mechanicznej dowodzi, iż żółć zalegająca ulega procesom redukcyjnym przez drobnoustroje, już w samym woreczku żółciowym, czyli, innemi słowy, dowodzi bakteryjnego zakażenia woreczka. Produktem utlenienia urobilinogenu jest urobilina.

Jeśli więc, owe rozliczne, powyżej wyliczone, funkcje wątroby są nam znane od dawna, wydawałoby się, że najprostszym sposobem wykazania schorzenia wątroby jest wykazanie zaburzenia jednej z jej funkcji. W istocie jednak sprawa się tak nie przedstawia, albowiem także w daleko posuniętych schorzeniach miąższu wątrobowego inne narządy obejmują zastępczo jej prawidłowe funkcje, w schorzeniach zaś nieznacznych pozostaje dość miąższu, by wątroba mogła sprostać swym zadaniom codziennym. Z tego też powodu wytworzyły się metody funkcjonalnego badania wątroby, polegające na podawaniu doustnem lub wstrzykiwaniu ciał ustrojowi obcych, których przyswajanie, czy też odtruwanie, stanowi dla wątroby pracę większą od pracy codziennej, fizjologicznej, której to pracy schorzały miąższ wątrobowy nie jest w stanie podołać.

Do ciał tych należy cytrynjan amonowy, który, podany doustnie, wydziela się, wedle H e t e n y i'e g o, w schorzeniach wątroby, powodujących zaburzenia przemiany białkowej. Jednak te próby wymagają bardzo nieraz skomplikowanych badań laboratoryjnych, a nie dają wyników pewnych.

Jeśli jest mowa o czynności wątroby w stosunku do pośredniej przemiany białka, to w tem miejscu wspomnieć należy o odczynie wątrobowym Widala, t. zw. Leuko-Widalu. Mianowicie Widal zauważył, że u osobników zdrowych po podaniu na czczo 200 cm³ mleka występuje zwiększenie się ilości ciałek białych, podwyższenie parcia krwi i podwyższenie wskaźnika refraktometrycznego surowicy. Wręcz przeciwnie, u osobników ze schorzałą wątrobą następuje po spożyciu mleka spadek ilości ciałek białych, obniżenie ciśnienia i wskaźnika refraktometrycznego. Zjawisko to, wedle Widala ma polegać na tem, że wątroba normalna zatrzymuje w początkowym okresie trawienia produkta niezupełnego rozkładu białka, zaś wątroba schorzała produkta te przepuszcza do obiegu krwi i wywołuje ową t. zw. „Crise hémoclasipue". Funkcję wątroby zatrzymywania produktów rozpadu białka nazywa Widal *fonction proteotéxique*. O próbie Widala istnieje już bardzo obfite piśmiennictwo; większość autorów, zwłaszcza w nowszych czasach i przedewszystkiem niemieckich, odmawia jej znaczenia rozpoznawczego dla schorzeń wątroby, a uzależnia ją jedynie od wpływu układu autonomicznego. W ostatnich czasach podano jeszcze jedną próbę, polegającej na podawaniu cholesteryny.

W końcu do ciał podawanych, celem badania wydolności wątroby, należą cukry. Nie wchodzi tu w rachubę cukier gronowy, z którym, jako z ciałem swoistem, organizm daje sobie radę, albo też nie, niezależnie od wątroby. Ważniejsze znaczenie ma podana przez S t r a u s s a próba z lewulozą. Na czczo podaje się 100 gr lewulozy w herbacie. Wydzielenie się moczem w ciągu najbliższych 6 godzin więcej niż 0.5 gr lewulozy, jest objawem patologicznym i ma dowodzić schorzenia wątroby. Chorzy jednak często nie znoszą tak wielkiej ilości lewulozy i dostają nudności i wymiotów. Dogodniejszą więc, choćby z tego powodu, jest próba B a u e r a z galaktozą, polegająca na tem, iż podaje się na czczo 40 gr galaktozy w herbacie i bada się mocz na cukier w przeciągu najbliższych 12—24 godzin. W razie pojawienia się redukcji badamy ilościowo polarymetrem, a otrzymane wyniki mnożymy przez 0.7 ze względu na inny stopień skręcania płaszczyzny polaryzacji przez galaktozę, niż przez glukozę. Wynik jest dodatni przy wydzielaniu się więcej, aniżeli 3 gr galaktozy, wątpliwy przy wartościach między 2 a 3 gr, ujemny poniżej 2 gr. Że wydzielona moczem substancja redukująca jest rzeczywiście galaktozą, dowiódł B a u e r przez przemianę jej na kwas śluzowy.

Autorzy, którzy się później próbą galaktozową zajęli, nie zadowolnili się badaniem cukru w moczu, ale kontrolowali także poziom cukru we krwi (K a h l e r - M a c h h o l d, K ä h l e r, D a v i e s u nas B l a t t) K a h l e r i M a c h h o l d n. p. wykonywali próbę z galaktozą w 100 przypadkach, oznaczając galaktozę wydzieloną moczem, oraz poziom cukru we krwi przed i w godzinę po podaniu galaktozy, i przekonali się, że różnice w poziomie cukru w krwi, dochodzące do 30 mg%, można uważać za normalne, zwyżka powyżej 30 mg% jest już patologiczną i dowodzi schorzenia funkcji wątroby, następnie wykazali oni, że mimo galaktozemji dodatniej, galaktozurja bywa ujemną w schorzeniach nerek i, wreszcie że w chorobie Basedowa i neurastenji próba z galaktosą wypada dodatnio.

Wreszcie ostatnią grupę prób, służącą do funkcjonalnego badania wątroby, stanowią próby barwikowe. Przedewszystkiem wspomnieć więc należy o barwiku swoistym, urobilinogenie. Z poprzedniej wzmianki wynikałoby, że najprostszą czynnościową próbą wątroby jest wykazanie odczynnikiem Ehrlicha wzmożonego urobilinogenu w moczu. W istocie jednak tak nie jest i częściejby się mylił, aniżeli wpadał na trop właściwy, ten ktoby jedynie na podstawie badania urobilinogenu chciał orzekać o sprawności wątroby. Albowiem próba urobilinogenowa zawodzi w wszystkich żółtaczkach mechanicznych zupełnych, w których wogóle brak urobilinogenu w moczu bez względu na to, czy żółtaczka jest połączona z niewydolnością wątroby, czy też nie. Ponieważ ilość urobilinogenu wydalonego moczem jest bezpośrednio zależną od ilości bilirubiny, która dostaje się do jelit, przeto próba urobilinogenowa jest zawsze dodatnią w stanach t. zw. pleiochromicznych, w których wątroba wcale nie jest schorzałą, a więc w żółtaczce haemolitycznej, niedokrwistości złośliwej, w razie wchłaniania wylewów krwawych itd. Ponadto próba urobilinogenowa jest próbą zbyt czułą, bywa bowiem dodatnia także w miejscowych schorzeniach wątroby, nieupośledzających jej funkcji, jak w kiłakach, ograniczonych nowotworach i t. d. Dodatnia bywa ona również w schorzeniach dróg żółciowych, w zaburzeniach żołądkowych-jelitowych, biegunkach, zaparciach stolca i t. p. Próba ta bywa również dodatnią w schorzeniach niewyrównanych serca, przyczem niewiadomo, czy zastój upośledza samą funkcją wątroby, czy też upośledza jedynie wchłanianie urobilinogenu z żyły bramnej przez wątrobę. Wreszcie niekiedy także konstytucjonalnie może zachodzić urobilinogenurja u osobników zdrowych. Pamiętać też należy, że urotropina, podana choremu, może zahamować wystąpienie próby dodatniej.

Z prób, dotyczących wydzielania się barwików obcych, bez znaczenia większego są próby doustnego podawania barwika i badania wydzielania się tegoż w moczu (n. p. próba Roch'a z błękitem metylu) wynik bowiem zależy od wchłaniania się barwika w przewodzie pokarmowym i od stanu nerek, tenże barwik wydzielających. Lepsze wyniki daje wstrzykiwanie barwika i badanie wydzielania się tegoż w żółci. Tu należy, między innemi, próba indygokarminowa Lepehne'a, polegająca na założeniu zgłębnika dwunastnicowego i wstrzyknięciu dożylnem 2 cm³ 1% roztworu indygokarminu. Co 5 minut wydobywa się treść dwunastnicową przez zgłębnik. U osobników normalnych najdalej do 50 minut pojawia się barwik w żółci. Metoda ta i inne podobne, wymagające założenia zgłębnika dwunastnicowego, są bardzo niedogodne, długotrwałe i wystawiają na próbę cierpliwość chorego i lekarza. Prostszą jest próba Rosenthala, polegająca na wstrzyknięciu tetrachlorphenolphtaleiny, która w niezaburzonej czynności wątroby powinna do jednej godziny prawie zupełnie z krwi zniknąć. Wartość tej próby upośledza spostrzeżenie większości autorów, że wypada ona dodatnio w każdej żółtaczce, czy to mechanicznej, czy też miąższowej.

Przejdziemy obecnie do doświadczeń własnych. Przeprowadziliśmy funkcjonalne badanie wątroby w 32 przypadkach z rozpoznaniem klinicznie pewnem i ustalonem. Badania te częściowo przeprowadził jeden z nas (Dr. F r i s c h) na klinice prof. Widala w Paryżu, częściowo zaś wykonaliśmy na oddziele W. I. prym. doc. C z e r n e c k i e g o w Szpitalu powszechnym we Lwowie.

L. p.	ROZPOZNANIE	Cukier we krwi mg % Na czczo	1 h po galakt.	Różnica	W moczu gr. Galaktoza	Lewuloza	Leuko-Vidal	Urobilinogen	Bilirubina	Białko	Osad	Próba indygokarmin.	Uwagi
1	Icterus cath.	72	170	98	2·625		—	wzmożony	+	—			
2	Icterus cath.	136	188	52	0		+	„	+	+	c. białe nabłonki		
3	Icterus cath.	120	249	129	5·8		+		+	—			
3a	Dtto 2 tygodnie po żółtaczce	94	122	28	1·5		—		—	—			
4	Icterus toxic. post Neosalv.	137	197	60	3·4		+	wzm.	+	—			
5	Cirrhosis hepat. atrophica	92	172	80	2·8	0·86	+	„	—	—		Nie wydziela się do 60′.	
6	Cirrhosis hepat. atrophica	98	143	45	3.93		+	„	—	—			
7	Cirrhosis hepat. atroph.-nephritis	120	160	40	1·25		+	„	—	+			
8	Cirrhosis hepatis hypert. Icterus.	138	192	54	1·19	0·438	—	„	+	—		Wydziela się po 40′.	
8a	Dtto 8 tygodni po splenektomji.	79	93	14	0·5		—	norm.	—				
9	Cirrhosis hepatis hypert. Icterus.	142	248	106	4·04	0·42	—	wzmożony	+	—			
10	Hepatitis toxica po stovarsolu.	107	182	75	1.78		+	„	+	—		Nie wydziela się do 60′.	
11	Hepatitis levis p. cholecyst.	88	125	38	2·24		—	„	—	—		Wydziela się po 20′.	
12	Gastitis chr. Hepatitis levis.	92	156	64	0·4			„	+	—			
13	Cirrhosis hepatis hypert. po splenekt.	146	160	14	0		—	„	ślad	—			
14	Hepatitis luet. diffus.	76	160	84	7·92	1·14	+	„	+	—		Nie wydziela się do 60′.	
15	Neopl. hepat. diffus. sine ictero.	114	186	72	2·149		—	„	—	—		Nie wydziela się do 60′.	
16	Cholelithiasis Icterus mech.	106	128	22	2·73	0·72	+	„	+	—			
17	Cholelithiasis	84	98	14	0·6		+	brak	+	—			
18	Cholelithiasis	116	144	28	0·75		—	norm.	—	—			
19	Polyserositis, tumor hepatis.	148	160	12	0·14	0·389	—	„	—	—			
20	Neopl. pancreat. Icterus mechan.	97	120	23	0	0·32	—	brak	+	—			
21	Neopl. pancreat. Icterus mechan.	94	121	27	1·7	0·112	—	„	+	—			
22	Glomerulonephritis.	96	122	28	0			norm.	—	++	c. białe, c. czerw. wałeczki		
23	Glomerulonephritis.	96	162	64	2·41		—	wzmożony	—	++	„		Bez obrzęków. Wątroba macalna powiększona
24	Glomerulonephritis.	98	120	22	0			norm.	—	++	„		
25	Glomerulonephritis.	89	107	18	0		+	„	—	++	„		
26	M. Basedov.	84	154	70	2·88		—	„	—	—			
27	Basedovoid Neurasthenia	104	206	102	0		—	„	—	—			
28	Epilepsia	120	136	16	1·8		—	„	—	—			
29	Epilepsia Neurasthenia.	120	160	40	4·37		—	wzmożony	—	—			
30	Anaemia pernic.	76	100	24	1		+	„	—	—			

Przystępując do naszych badań, nie mieliśmy bynajmniej zamiaru dojść przy pomocy rozmaitych prób do rozpoznawania różniczkowego danej sprawy chorobowej. Chcieliśmy się jedynie przekonać czy pomiędzy temi wszystkiemi próbami znajdzie się jedna, któraby niezawodnie wykazywała schorzenie samego miąższu wątrobowego, bez względu na rodzaj tegoż schorzenia. W każdym przypadku wykonaliśmy próbę galaktozową w moczu i we krwi, badając poziom cukru w krwi na czczo i w godzinę po podaniu galaktozy. Nie oznaczyliśmy, wzorem innych autorów, krzywej zachowania się cukru w krwi, uzyskanej zapomocą badań serjowych, ponieważ szczyt krzywej przypada zwykle na koniec pierwszej godziny po podaniu galaktosy, a sama krzywa pozwala nam może wniknąć głębiej w mechanizm i przebieg przemiany węglowodanowej, ale niema znaczenia ogólnie rozpoznawczego dla schorzeń miąższu wątrobowego.

Cukier we krwi oznaczaliśmy już to metodą Folina-Wu, już to metodą Hagedorna, już też Bertranda, a w niektórych przypadkach, dla ściślejszej kontroli, dwiema metodami równocześnie. W każdym przypadku oznaczaliśmy bilirubinę i urobilinogen, w większości przypadków (29) wykonaliśmy Leuko-Widala. Ponadto w 8 przypadkach wykonaliśmy próbę lewulozową Straussa a w 6 przypadkach próbę z indygokarminem Lepehne'a.

Wyniki naszych badań są uwidocznione na tabeli załączonej.

Próba na urobilinogen zawiodła, jakto było do przewidzenia, w przypadkach zupełnego zamknięcia przewodów żółciowych, pozatem okazała się za czułą, wypadała bowiem dodatnio w przypadkach miejscowych schorzeń wątroby, nieupośledzających jej funkcji, jakoteż w schorzeniach niewątrobowych (anaemja perniciosa, epilepsia). Lepszą, ale niezupełnie pewną, okazała się próba Widala, w znacznym bowiem procencie przypadków pewnego miąższowego schorzenia wątroby (10 na 14) wypadła dodatnio, jednak z drugiej strony, w przypadkach nie przebiegających z schorzeniem miąższu wątrobowego (2 razy przy kamicy żółciowej, raz przy zapaleniu nerek, raz przy niedokrewności złośliwej), wypadła również dodatnio, mimo, że w przypadkach tych wątroba była zdrową.

Co do próby z indygokarminem za mało przebadaliśmy przypadków by sąd o niej wydać. W 6 przypadkach schorzeń wątrobowych wypada ona 4 razy dodatnio, 2 razy ujemnie. Niezachęcające zupełnie są wyniki prób z lewulozą:

W 4 przypadkach schorzeń miąższowych wątroby, próba Straussa wypadła 2 razy dodatnio, 2 razy ujemnie, w 4 przypadkach, przebiegających bez upośledzenia funkcji wątroby, próba wypadła 3 razy ujemnie, raz dodatnio. Próba lewulozowa zależy, zdaje się, w znacznym stopniu od czynnika nerkowego. To samo odnosi się do próby Bauera z galaktozą w moczu. W 14 przypadkach miąższowego schorzenia wątroby wypadła próba ta zaledwie 5 razy dodatnio (przypadek 3, 4, 6, 10 i 14) 4 razy wątpliwie (przypadek 1, 5, 12 i 15) a 5 razy ujemnie (przypadek 2, 7, 8, 11 i 13), przyczem wyniki ujemne otrzymaliśmy nietylko przy białko-moczu i upośledzonej funkcji nerek, ale i u osobników, u których nie można było wykazać żadnych zaburzeń czynnościowych nerek. Odmiennie przedstawia się zachowanie się galaktozy w krwi: a) W każdym przypadku miąższowego schorzenia wątroby próba wypadała dodatnio, t. zn. poziom cukru w krwi podwyższył się więcej, niż o 30 mg%. Znamienne jest, że w wszystkich przypadkach t. zw. żółtaczki nieżytowej, w odróżnieniu od żółtaczek uciskowych (przypadek 16, 17, 20 i 21), próba ta wypadała wybitnie dodatnio, tak samo, jak w żółtaczkach toksycznych, co jest jeszcze jednym dowodem, że żółtaczka nieżytowa jest schorzeniem „par excellence" miąższowem, wobec czego powinna być raczej określana nazwa „hepatitis". Dodać musimy, że w dwa tygodnie po ustąpieniu żółtaczki (przypadek 3) próba z galaktosą u tego samego chorego wypadła ujemnie.

b) W wszystkich przypadkach, nieprzebiegających z schorzeniem miąższu wątrobowego, próba wypadała ujemnie.

c) W żadnym przypadku nie stwierdziliśmy dodatniej galaktosurji przy ujemnej galaktosemji.

d) Ponieważ nasunęła się wątpliwość, czy zmniejszona przepuszczalność nerek dla cukru przy białko-moczu nie powoduje nagromadzenia się i następowego podwyższenia poziomu cukru w krwi, wykonaliśmy próbę z galaktosą w 4 przypadkach glomerulonephritis. W jednym tylko z tych przypadków (23) otrzymaliśmy wynik dodatni, przypadek ten jednak przez równoczesne wzmożenie urobilinogenu moczu i przez swą powiększoną i tkliwą wątrobę świadczył o jakiemś schorzeniu wątrobowem.

e) Zgodnie ze spostrzeżeniami Kalera i Machholda, stwierdziliśmy dodatnią próbę galaktozową w krwi, w jednym przypadku choroby Bazedowa i w dwóch przypadkach neurastenii, (przypadek 26, 27 i 29).

O ile więc stosunkowo niewielka liczba przebadanych przez nas przypadków zezwala na wysnuwanie wniosków, należałoby je w następujący sposób sformułować:

I. Rozmaite próby sprawnościowe, podejmowane w schorzeniach wątroby, wypadają rozmaicie i niejednolicie.

II. Próby Straussa i Bauera, polegające na badaniu wydzielania się lewulozy względnie galaktosy moczem, nie dają wyników pewnych. Wyniki te zależą bowiem również od czynników nerkowych i pozanerkowych.

III. W przeciwieństwie do tego podwyższenie poziomu cukru, w krwi powyżej 30 mg% po doustnem podaniu 40 gr galaktosy jest pewnym dowodem miąższowego schorzenia wątroby, jednak z tem zastrzeżeniem, że próba ta może wypaść również dodatnio w chorobie Bazedowa i w silnych nerwicach.

IV. T. zw. żółtaczka nieżytowa jest, w przeciwieństwie do żółtaczek zastoinowych (guz, kamień), schorzeniem miąższowem wątroby.

V. Próba więc galaktozowa powinna znaleźć zastosowanie:

a) w przypadkach, przebiegających z żółtaczką, klinicznie wątpliwych, dla odróżnienia żółtaczki miąższowej od uciskowej,

b) w przypadkach, przebiegających bez żółtaczki, dla wykazania miąższowego schorzenia wątroby, jużto w celach rozpoznawczych, jużto przed stosowaniem pewnych środków leczniczych (salwarsan, stowarsol, atofan), które mogą poważnie uszkodzić wątrobę zwlaszcza już schorzałą.

Piśmiennictwo.

Bauer: W. Klin. W., str. 1331/906. — Blatt. P. Gaz. Lek. Nr. 46/927. Bauer-Nyiri: Klin. W. Nr. 39/926. — Brulé: Recherches sur les icteres 1922. Davies — The Lancet, str. 380/927. — Eppinger: Die hepatolienalen Erkrankungen. — Eppinger: Krankheiten der Leber. — Kahler-Machold: W. Kl. W. 18. — Kahler: Med. Klin. 35/925. — Kollert: Med. Klinik 17/925. — Kraus-Brugsch: T. VI. — Labbe: Annal. de Méd. 2/925. — Lepéne: Funktionsprüfung der Leber. — Noorden: Die Zuckerkrankheit. — Reiman: Med. Klin. 33/926. — Widal: Presse Méd. 11 Dec 920. Zentr. f. inn. Med. 37/925.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. HEFTEL. Niemirów.

Leczenie gruźlicy w świetle najnowszych badań i problem uodpornienia.

Odkrycie prątków gruźlicy (r. 1882) stosowanie tuberkuliny ze skutkami ujemnemi i dodatniemi, rozwój bakterjologji i nauk biologicznych w ostatnich paru latach przyczyniły się w znacznym stopniu do poznania istoty gruźlicy, jako choroby par excellance społecznej, jakoteż jej rozwoju i przebiegu. Obecnie piśmiennictwo o gruźlicy jest olbrzymie, a zapoznanie się z niem to obowiązek każdego lekarza - praktyka, bo w praktyce prowincjonalnej gruźlica stanowi z pośród chorób bardzo znaczny odsetek i muszę przyznać, że w klinikach i szpitalach nie spotkałem tyle klasycznych wypadków skrofulozy, jak u naszej ludności wiejskiej. Energiczne zwalczanie gruźlicy przez stworzenie specjalnych lecznic i przychodni przy poparciu rządu i czynników komunalnych zostało spowodowane z jej znacznym rozwojem w okresie wojny światowej i w pierwszych latach powojennych tak u nas, jak w krajach zachodnio - europejskich. Skupienie wielkich mas ludzi na linji bojowej, życie w okopach, brak środków spożywczych, wysokowartościowych pod względem kalorycznym u ludności cywilnej u nas, opłakane warunki higjeniczne naszej ludności, zaostrzone kryzysem pomieszkaniowym sprawiły, że odsetek zgonów na gruźlicę wzrósł u nas znacznie, również i w innych krajach europejskich. Także pod względem geograficznym zaznaczyło się rozszerzenie gruźlicy, kraje ciepłe, podzwrotnikowe i kolonjalne które w latach przedwojennych gruźlicy prawie że nie znały, są nią obecnie nawiedzane, jak kiłą i śpiączką. Wskutek długo trwającej wojny były zmuszone Francja i Anglja uzupełniać ubytek w materjale ludzkim wojskami kolonjalnemi, które w wynikającej styczności z ludnością miejscową zarażały się gruźlicą, zawleczoną po wojnie do rodzinnego kraju, a wiadomem powszechnie, że rasa czarna jest mniej odporną na gruźlicę jak rasa biała.

Nasze zapatrywania co do leczenia i zwalczania gruźlicy uległy w latach ostatnich zasadniczej zmianie. Jakże wyżej stoimy obecnie od naszych kolegów przed laty 30, którzy gruźlicę rozpoznawali późno, a których leczenie ograniczyło się do zaordynowania środków kodeinowych, przeciwpotowych i zalecania for-

sownego odżywiania, mającego przeciwdziałać wyniszczeniu organizmu (suchotom). Niedawno, bo kilka lat temu morfina była suwerennym środkiem stosowanym przy krwotokach płucnych, a obecnie to zupełnie słusznie wstrzykiwanie morfiny jest uważane w tym wypadku wprost za błąd lekarski, bo narkotyzowanie ośrodka kaszlu, zwolnienie i pogłębianie oddechów, to otwarcie wrót do propagacji materjału zakaźnego, jakim jest krew pochodząca z naczyń w kawernach po częściach płuc chorobą niedotkniętych. Nigdy zadanie lekarza w jego zawodzie nie było tak skomplikowane i trudne jak obecnie, bo nie leczymy chorych z punktu widzenia humoralnego czy też narządu chorego, lecz objąć musimy całokształt organizmu, jego konstytucję, skłonność do zakażenia, wpływ przebytych chorób, działanie otoczenia i psychikę. Dzięki klasycznym pracom Ghona wiemy, że zakażenie gruźlicze następuje bardzo wcześnie, bo już w kilka tygodni po urodzeniu i że pierwsze ognisko zapalne tworzy się w płucach, przyczem zajęte są gruczoły pozostające w łączności z zakażonym odcinkiem drogą naczyń limfatycznych. Czy pierwotne jest zakażenie gruczołów, czy też następowe jest jeszcze kwestją sporną, tak jak droga pierwszego zakażenia, bo obok infekcji aerogennej (kropelkowej Flüggego) niewątpliwie dużą rolę odgrywa zakażenie drogą przewodu pokarmowego (Calmette). Na podstawie materjału sekcyjnego stwierdzono, że prawie 95% ludzi przechodzi to pierwsze zakażenie, które w wypadku pomyślnym zostawia bliznę albo przychodzi do dalszego rozwoju sprawy chorobowej, przyczem w organizmie zachodzą charakterystyczne zmiany jak przestrojenie tkanek allergja t. j. wrażliwość na jady gruźlicze (tuberkulinę) obraz spotykany analogicznie przy kile (reakcja luteinowa Noguchi 1908). Na podstawie tej niezupełnej analogji do kiły zdobywa sobie co raz to więcej obywatelstwa podział gruźlicy na 3 okresy (Ranke), mimo że okresowość kiły nie jest przez wszystkich syfilidologów uznana (Łukasiewicz). Leczenie gruźlicy, to nie jest wyłącznie domena ftizjologa, zastosowującego odmę sztuczną lub chirurga wykonywującego torakoplastykę lub wycięcie nerwu przeponowego, lecz w wielkiej mierze lekarza praktyka, który gruźlicę rozpoznać powinien wcześnie, zastosować leczenie, podpadające pod jego zakres działania, a w wypadkach zaawansowanych skierować chorego do lekarza specjalisty. Utyskiwania ftizjologów jakoteż lekarzy sanatoryjnych byłyby niewątpliwie mniej częste, gdyby lekarz praktyk wiedział i zdał sobie sprawę, kiedy powinien przekazać chorych do leczenia sanatoryjnego, a kiedy skierowanie do środowiska obcego jest połączone tylko z jego szkodą materjalną lub zupełnie bezcelowe, bo trudno spodziewać się skutków jak najracjonalszego leczenia przy gruźlicy rozpadowej obustronnej z daleko posuniętem wyniszczeniem organizmu ze skrobiowaceniem nerek i śledziony. Gruźlica, jako choroba zakaźna o przebiegu przewlekłym wykazuje taką rozmaitość obrazów chorobowych, że sposób leczenia jest rozmaity, zależnie od przypadku. Ta wielorakość leczenia gruźlicy dowodzi, że jesteśmy jeszcze dalecy od możliwości jej radykalnego wyleczenia. Obecnie stosuje się przy gruźlicy leczenie: 1) klimatyczno-higjeniczno-djetetyczne; 2) specyficzno-chemiczne; (oba sposoby są zwykle skombinowane).

1) Leczenie klimatyczno-djetyczno-higjeniczne zastosowane jest od lat 30 prawie, a zapoczątkowane przez Brehmera i Dettweilera ostało się do dnia dzisiejszego ostrzu krytyki lekarskiej. Może ono być w pewnych granicach stosowane przez lekarza praktyka chociaż domeną tego leczenia są sanatorja w miejscowościach o klimacie alpejskim i podalpejskim, jak w Davos, Arosa w kantonie Graubunden w Szwajcarji w Semeringu w Austrji i u nas w Zakopanem. Klimat niewątpliwie dużą rolę odgrywa na ustrój człowieka zdrowego jakoteż chorego. Z doświadczenia wiemy, że częste wahania klimatyczne przypadające u nas na wiosnę i w jesieni powodują wzmożoną cyfrę schorzeń dróg oddechowych i zgonów. Indywiduum zdrowe ma dużą zdolność akkomodacyjną do zmian klimatycznych, mniej chory na gruźlicę z systemem nerwowym wegetatywnym wrażliwym. Kilkanaście lat temu wstecz uważano klimat umiarkowany ciepły za najidealniejszy dla piersiowo chorych (Riwiera — Egipt — Algier i t. d.) jednakowoż przekonano się, że z powodu znacznej wilgoci i zbyt wielkiej amplitudy wahań ciepłoty średniej dnia i nocy nie nadaje się do leczenia gruźlicy. Bodźce są za silne na które wrażliwy organizm gruźlika żywo reaguje. Obecnie doszliśmy do przekonania, że najbardziej odpowiedni jest klimat górski, alpejski w miejscach osłoniętych od wiatrów północnych. Rzut oka na mapę Europy wskazuje, że wszystkie pasma górskie przebiegają w kierunku równoleżnikowym, jak Pireneje, Karpaty, Tatry i góry kaukaskie. Klimat alpejski zaczyna się w Alpach i Tatrach powyżej 1.300 m. w górach bardziej na południe wysuniętych o wiele wyżej przeciwnie na północy jak w Szwecji i Norwegji gdzie na wysokości 1.000 m ponad poziom morza mamy granice wiecznych lodów. Nasze wiadomości szczegółowe o właściwościach klimatu alpejskiego zawdzięczamy licznym stacjom meteorologicznym, zakładanym w Szwajcarji jako w pierwszym kraju z wysoko rozwiniętym przemysłem turystycznym.

Jakież więc walory wykazuje klimat alpejski? — Suche, czyste i spokojne powietrze o intenzywnem promieniowaniu słońca przez przebycie przestrzeni krótszej, w warstwie powietrza suchej, pyłem nie zanieczyszczonej, obfitej w promienie krótkofaliste, ultrafjoletowe. W miejscach osłonecznionych temperatura dochodzi często do 25° C., tak, że dla kąpieli słonecznych i zima jest wykorzystana. Ważną cechą klimatu górskiego jest zmniejszone ciśnienie i zmniejszona zawartość tlenu, którego ubytek nie jest proporcjonalny do zmniejszonego ciśnienia w miarę jak idziemy coraz wyżej. Z czynników klimatycznych działających na ustrój ludzki jest promieniowanie, zmniejszone ciśnienie atmosferyczne i właściwości atmosfery górskiej. Najżywiej reaguje skóra na intenzywne promieniowanie, reakcja zależna od wrażliwości danego osobnika, jakoteż czasu ekspozycji. Promienie słoneczne nie ograniczają się tylko do podrażnienia skóry, ale działają także na naczynia włosowate wywołując częściową hemolizę czerwonych ciałek krwi (Loewy) i system nerw. wegetatywny, obniżając tonus nerwu współczulnego. U chorych przebywających w klimacie górskim zauważono zwiększoną tolerancję na cukier i nadto daleko idący rozkład nukleinów (guanidyna, ksantyna, kwas moczowy i szczawiowy). W gospodarstwie mineralnem zauważono zwiększenie się Ca w stosunku do potasu i Ph. we krwi i stosunek wprost odwrotny w moczu. Wskutek rozrzedzenia powietrza i zmniejszonego ciśnienia zawartość tlenu w ciałkach czerwonych zmniejszona, co organizm stara się wyrównać przez zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi, a jaką przy tem rolę odgrywa system nerw. wegetatywny nie jest jeszcze ustalone, bo jako najważniejszy czynnik w consensus partium (Rille) działa podrażniająco na ośrodki krwiotwórcze, które na ciągłe bodźce odpowiadają zwiększoną produkcją ciałek czerwonych. Klimat alpejski jakkolwiek niezaprzeczenie ma wartości lecznicze nie nadaje się do leczenia wszystkich form gruźliczych. Źle znoszą kurację górską chorzy na miażdżycę tętnic, których narząd krwionośny niema tej elastycznej amplitudy adaptacyjnej do zmienionych warunków klimatycznych jak organizm młody, który się prędko potrafi przystosować do zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego. Wobec wzmożonej przemiany materji u chorych w klimacie górskim przebywających, ogranicza się wszelkie wysiłki fizyczne, do minimum, jak dalekie spacery, uprawianie gimnastyk i sportu, natomiast szeroko zostaje zastosowane leżakowanie w miejscach osłonecznionych. Wielka stosunkowo ilość dni słonecznych czyni zupełnie zbyteczne zastosowanie światła sztucznego, lampy kwarcowej, finsenowskiej i t. d.

2) Dietetyka jest drugim ważnym czynnikiem w leczeniu płuono chorych, która umiejętnie przeprowadzona w uwzględnieniu właściwości indywidualnych potęguje w leczeniu zachowawczem siły obronne organizmu. Nad umiejętną dietetyką nie możemy przejść do porządku dziennego, czyto w leczeniu chorób przemiany materji, przewodu pokarmowego lub też ostrych chorób zakaźnych. Nie stoimy dzisiaj z tabelą w rękach wybierając odpowiednio węglowodany, tłuszcze i białko w takim stosunku, by uzyskać magazynowanie tłuszczów w tkankach. Cyfry podane przez fizjologów Zuntza, Rubnera i Loewyego, odnoszące się do minimum białka, potrzebnego organizmowi rozwiniętemu straciły dawno swoją moc obowiązującą; nie ujmujemy też wyłącznie przebiegu przemiany materji li tylko z punktu widzenia procesów utleniających i odtleniających, bo nie zupełnie wyświetloną jest nam rola, jaką tu pojedyncze narządy (wątroba) odgrywają. O pośredniej przemianie materji wiemy jeszcze bardzo mało, nie zupełnie zbadana jest rola lecytyny i cholesteryny w organizmie, jakoteż ich wzajemny stosunek ilościowy. Dzięki badaniom Funka (1912) i Ejkmana wiemy, że prócz zasadniczych składników pokarmowych odgrywają ważną rolę składniki pokarmowe uzupełniające, witaminy. Na razie doszliśmy do witaminu E. ale nasz alfabet jeszcze długi. Że czasem minimalny dowóz składnika mineralnego wytworzonego w organiźmie ma duże znaczenie na rozwój i przebieg procesu chorobowego wiemy od dawna. (Jod w obrzęku śluzakowatym i w chorobie Basedowa). Witaminy możemy uważać za katalizatory, normujące gospodarkę mineralną w organiźmie chorego. Badania wykazały, że u gruźlika mamy daleko idącą demineralizację organizmu przesunięcia jonów we krwi, a zaburzenia jej równowagi jonów pociąga za sobą cały szereg zmian, wyrażających się ostatecznie w zmniejszonej odporności organizmu na sprawy chorobowe. U gruźlików przemiana materji jest żywa, wydzielanie azotu, siarki, fosforu i soli magnezowych jest zwiększone, a tylko przez odpowiedni dobór pokarmów możemy tej demineralizacji przeszkodzić. Ponieważ powszechnie wiadomo, że

witaminy przy wysokiej temperaturze ulegają zniszczeniu, należy doprowadzić organizmowi owoców świeżych i jarzyn, a tylko w braku ostatnich uciekamy się do witamin sztucznych w formie leków produkowanych w znacznej ilości przez krajowy i zagraniczny przemysł lekarski. Odpowiednio do temperatury ciała, będącej wskaźnikiem procesu chorobowego zalecamy leżakowanie albo mierne ruchy, a nigdy forsowne, które jako bodziec silny wywołują reakcję dużą przeszkadzając w samoleczeniu się organizmu przez zerwanie wałów ochronnych tkanki na około ognisk chorobowych. Nie poślednią rolę odgrywa w leczeniu gruźlików czynnik psychiczny. Leczenie sanatoryjne daje choremu w dużym stopniu rękojmię, że jest przedmiotem szczegółowej ciągłej opieki lekarskiej, że pobyt jego w lecznicy jest wyłącznie na to, by przez ścisłe zastosowanie się do wskazówek i przepisów lekarzy uzyskać utracone zdrowie. Ma też życie sanatoryjne bez wątpienia i strony ujemne dla chorego, sądu jednakowoż w tej kwestji jako niekompetentny wydać nie mogę. Ciekawym psychiki gruźlików, mogę tylko polecić znaną dobrze za granicą powieść (der Zauberberg Tomasza Manna).

2. Leczenie specyficzno-chemiczne zostaje często kombinowane z leczeniem ogólnem naturalnie w rękach ftizjologa wyjątkowo tylko lekarza praktyka, zdającego sobie dobrze sprawę z istoty chorobowej jakoteż z występujących przy leczeniu objawów ogniskowych. Środków stosowanych i zalecanych przy gruźlicy jest legjon, nic też dziwnego o ile weźniemy pod uwagę różnorodność obrazów spotykanych w przebiegu gruźlicy; niektóre środki przeciwgruźlicze mają krótki żywot, po chwilowem zainteresowaniu niemi świata lekarskiego, rychło popadają w niepamięć. Połączenia kw. cynamonowego jak elbon i hetol nie mają prawie, że żadnego znaczenia. Angiolympha Rous'a (wyciąg storczyków zawierający glykozydy) była temu lat kilka często stosowana, a rzekomy dodatni wpływ na przebieg sprawy chorobowej należy raczej przypisać sugestji i leczeniu ogólnemu. Kilkakrotnie stosowałem angiolymphę i mimo skrupulatnego badania stanu chorobowego i temperatury nie zauważyłem u chorych polepszenia przedmiotowego. Środki jak nuferol (kw. nukleinowy — mrówkowy i siarczan alylowy) i lipatren (roztw. 5% jatrenu z 5% zawies. lipoidów) są bez znaczenia. Dodatnie wyniki spostrzegane przez niektórych ftizjologów przy stosowaniu Phlogetanu (preparat białka denaturowanego (Wiechowskiego) należy raczej przypisać proteinoterapji, co również dałoby się osiągnąć stosując ostrożnie inny jakiś preparat białkowy. Od ery salwarsanu idą usiłowania ftizjologów i farmakologów w kierunku stworzenia środka działającego wprost na prątki gruźlicze i chorą tkankę, by można było przy gruźlicy podobnie jak przy kile zastosować therapia sterilisans magna. W preparatach złota dopatrywano się przez jakiś czas tego środka idealnego. Już Robert Koch zauważył, że związki złota działają zabójczo na prątki gruźlicze, ale jego spostrzeżenia poszły w niepamięć, aż dopiero Feldt wprowadził w r. 1917 Krysolgan do leczenia gruźlicy, a Möllgaard sanokryzynę w roku 1924. Prócz krysolganu i sanokryzyny, które są solami rozpuszczalnemi w wodzie destylowanej stosuje się również trifal firmy Merck będący połączeniem organicznem złota. Krysolgan więcej sanokryzyna niszczą prątki gruźlicze in vitro w rozcięczeniu 1:100.000 działanie jednak na organizm jest wócej skomplikowane. Z właściwości bakterjobójczych sanokryzyny na prątki gruźlicze in vitro nie można jeszcze wyciągnąć wniosków, że tak samo działa na organizm zwierzęcy, bo neosalwarsan n. p. wcale tej właściwości nie wykazuje co sanokryzyna mimo to wstrzyknięty do obiegu krwionośnego działa efektywnie na skrętki blade i tkankę kiłową. Według Feldta działają preparaty złota jako katalizatory, przyspieszające rozkład tkanki gruźliczej, przyczem z rozpadniętej tkanki czy też już przy samym jej rozpadzie wyzwalają się endotoksyny, albo ciała białkowe wywołujace reakcję ogniskową. Dawkowanie musi być ostrożne, bo preparaty złota, jako połączenia nieorganiczne metalu wywołać mogą szereg objawów bądźto na skórze, błonie śluzowej jamy ustnej, bądźto ze strony nerek i przewodu pokarmowego. Trudność stosowania preparatów złota polega na tem, że z góry nie możemy przewidzieć zadziałania organizmu. W niektórych wypadkach stwierdzono po kilku wstrzykiwaniach przedmiotową i podmiotową poprawę — przybytek wagi ciała, zmniejszenie się ilości prątków w plwocinie, ale też liczne są wypadki objawów ciężkich ze strony nerek, przewodu pokarmowego i skóry, na której wystąpić może wysypka rozmaitego nasilenia nawet dermatitis exfoliativa w przypadku Neumanna. Jesteśmy więc daleko jeszcze od środka chemicznego działającego w gruźlicy jak neosalwarsan w kile last not last. Komitety zawiązane w rozmaitych krajach do badania sanokryzyny prędko jakoś się rozwiązały.

Proteinoterapja zapoczątkowana przez Schmidta wstrzykiwaniami mleka nie wyłączyła i gruźlicy poza nawias. Wyniki jakie otrzymano są sprzeczne i niepewne, o ile chodzi o gruźlicę płuc. Wprowadzenie białka obcego daje podobny obraz jak wstrzykiwania tuberkuliną, mechanizm działania jest podobny, a reakcja ogniskowa (podwyższenie temperatury, zwiększenie wydanej plwociny, ewentualnie krwioplucie stłumienia więcej intenzywne, liczne dźwięczne rzężenia) zależy od ilości i jakości wstrzykniętego białka.

Uodpornienie bierne i czynne.

Próby uodpornienia biernego wstrzykiwaniami surowicy zwierzęcej Marmorka, Mosera i Moragliana zupełnie zawiodły. Na przeszkodzie stoi potrzeba kilkakrotnych wstrzykiwań surowicy w ilościach dużych w odstępach czasu długich i z powodu tego wyłaniające się niebezpieczeństwo anafilaksji. Również próby wprowadzenia odczynu rozpoznawczego przy chorych na gruźlicę nie dały pozytywnych wyników, mimo, że surowica gruźlików wykazuje podobnie jak u syfilityków komponentę lipofilną, ani też odchyleniem dopełniacza metodą Bordet i Gengeu. Usiłowania uodpornienia czynnego przeciw gruźlicy datują się od Kocha, który prędko przyszedł do przekonania, że to tylko możliwe przez wprowadzenie prątków żywych do organizmu podobnie jak przy jenneryzacji. Jeżeli usiłowania Kocha w tym kierunku nie dały pozytywnych wyników, to jednak dzięki niemu poznaliśmy różnicę między organizmem zakażonym gruźlicą, a organizmem zdrowym.

Jeśli wprowadzimy prątki gruźlicze żywe do zdrowej świnki morskiej to na miejscu zakażenia powstaje mniej więcej po 14 dniach reakcja we formie wrzodu, przyczem zajęte są gruczoły miejscowe. Jeśli natomiast po niejakimś czasie próbę tę u chorej świnki morskiej jeszcze raz powtórzymy, to na miejscu zakażenia występuje reakcja wcześniej a dochodzi do zupełnego rozwoju po 3—4 dniach, przyczem gruczoły miejscowe nie znajdują się w stanie zapalnym. Zupełnie odwrotny mamy obraz przy wstrzykiwaniu tuberkuliną, (przesącz buljonowej pożywki prątkowej, odpowiednio zagęszczony) wprowadzoną po raz pierwszy przez Kocha. Podczas gdy osobnik zdrowy zupełnie nie oddziaływuje na tuberkulinę, to u chorego na gruźlicę występuje po wstrzykiwaniu tuberkuliną, silna reakcja ogniskowa, od przekrwienia ognisk gruźliczych do zapalenia i nekrozy nie tylko na skórze, o ile na niej są umiejscowione ogniska gruźlicze, ale także na innych narządach organizmu; podobny skutek daje się osiągnąć przez wprowadzenie białka obcego. Tuberkulina odpowiednio dawkowana mobilizuje siły obronne organizmu, pobudza tkankę zdrową otaczającą ogniska chorobowe do bujania i do ich zasklepienia. Tuberkulina była przez Kocha i jego satelitów szeroko i za często stosowana naturalnie ze skutkiem ujemnym dla zdrowia chorego, bo nieznany był jeszcze zupełnie mechanizm oddziaływania organizmu zakażonego, wobec czego była ona do niedawna środkiem zdyskredytowanym. Przyczyniła się jednakowoż w wielkiej mierze do poznania gruźlicy — wystarczy wymienić tylko wprowadzony dla celów rozpoznawczych odczyn skórny Pirqueta. Niepowodzenia uodpornienia tuberkuliną Kocha i jego neotuberkuliną (prątki gruźlicze roztarte o pewnej koncentracji) spowodowały powstanie całego szeregu preparatów tuberkulinowych, otrzymanych rozmaitym sposobem, (Landmann, Beraneck, Denys), które doprowadzano do organizmu przez wstrzykiwanie lub drogą wcierania skórnego w formie maści (Löwenstein, Moro) lub też drogą skaryfikacji skóry (szczepionka gruźlicza A Pondorfa, zawierająca dużo składników białkowych, szczepionka Maragliana i Jaime Ferna, szczepionka anti alpha). Niektórzy ftizjologowie w przekonaniu o skuteczności swojego środka uciekają się do reklamy u laików jak Dr. Pondorf, który nie zawahał się wydać broszurę o swej szczepionce w Szwajcarji, a efekt był ten, że prasa nie szczędziła czynnikom sanitarnym ataków, że zachowują się negatywnie wobec szczepionki Pondorfa „il faut ésperer que, l'on deviendra maî tre de la tuberculose, quand, l'emploi du vaccin de Pondorf sera generalisé", inni jak Friedmann, który w obronie swej szczepionki z żywych prątków gruźliczych żółwi namiętnie się rozprawia od kilku miesięcy na łamach Wiener Mediz. Wochenschr. z prof. Roepkem negującym wartości leczniczych preparatu Friedmannowskiego. Problem uodpornienia czynnego zdaje się przecież być bliskim urzeczywistnienia, dzięki pracom wytrawnego ftizjologa Calmett'a, któremu udało się po dwudziestoletniej pracy uzyskać szczepionkę żywych prątków gruźliczych, pozbawionych jadowitości (vaccin arte ficiellement attenué et privé de toute proprieté tuberculigène), a to przez hodowlę prątków gruźliczych w żółci, środowisku zasadowym, bogatym w cholesterynę przez lat 13 a prątki te w 230 pokoleniu utraciły swą jadowitość nadając się tem samem do uodpornienia.

Wszelkie próby ftizjologów (Löwenstein) zmierzając do zmiany właściwości prątków Calmetta, a to przez przeszczepienie na pożywkę buljonową nie powiodły się. Według Calmetta i jego

współpracowników Weil Hall'a, Guerina, Turpina i Willeberta, prątki wykazują szereg właściwości a mianowicie są jadowite dla osobników już dotkniętych gruźlicą, zachowaną mają kwaso-odporność, zupełnie nie są jadowite (non tuberculigenès) dla organizmu niezakażonego jeszcze.

Calmette wychodzi z założenia, że szczepienie ochronne da się przeprowadzić w organiźmie niezakażonym drogą przewodu pokarmowego w pierwszych 10 dniach po urodzeniu. Szczepionkę swą, którą nazwał B. C. G. (Bacille-Calmette-Guerin) przeprowadzał szczepienie na bydle w farmach departamentów Seine-Inferieure i Seine-et Oise) jakoteż na małpach w filjach paryskiego instytutu Pasteura w Dakaz i Kindia w Gwinei francuskiej. Po otrzymaniu zadawalniających wyników przeszedł Calmette do szczepienia organizmu ludzkiego; mianowicie w trzecim, piątym lub siódmym dniu po urodzeniu podaje Calmette swą szczepionkę B. C. G. oseskom na łyżeczce kawowej w ilości 2 mg (400 mil. prątków), ½ godziny przed przykładaniem do piersi. W ten sposób uzyskał Calmette odporność u dzieci na tuberkulinę, trwającą od roku do lat przeszło 3, mimo przebywania w otoczeniu gruźlicą zakażonem. Calmette przeprowadził w ten sposób szczepienie u przeszło 20.000 dzieci, z których zaledwie 0.8% zmarło na gruźlicę. Powtórne szczepienie można przeprowadzić według Calmetta w drugim i trzecim roku życia, zachodzi tylko kwestja czy błona śluzowa żołądka posiadająca po urodzeniu zdolność przepuszczania prątków gruźliczych zachowuje potem tę właściwość. Wydanie sądu ostatecznego o szczepionce B. C. G. Calmetta byłoby jeszcze przedwczesne, szczepienia ochronne przeprowadzone w różnych krajach i u nas w Warszawie, wytrwałość tego uczonego i jego odwaga już ze względu na wielką odpowiedzialność, dają nam rękojmię, że szczepienie ochronne czynne przeciw gruźlicy uważane za utopję do niedawna, jest bliskiem urzeczywistnienia.

Piśmiennictwo.

Deutsche Mediz. Woch. rocz. 1927 Nr. 1, 19, 36, 47. — Mediz. Klinik r. 1926, Nr 30, 35, 38, 87. — Wiener Mediz. Wochenschrift 1927, Nr. 35, 36, 15, 46, 47, 49, 50, 51. — Mediz. Klinik 1924, Nr. 12, 35, 46. — Mediz. Klinik r. 1925, Nr. 2, 3, 4, 11, 14, 17, 18, 22, 35, 41, 47, 48, 49, — La Presse Medicale 1924, Nr. 31, 19, 42, 47, 49, 50, 52, 53, 55, 56, 57. — La Presse Medicale r. 1926. Nr. 16, 17, 18, 24, 26. — Wiener Mediz. Wochensch: 1926, Nr. 8, 17, 19, 22, 23, 25, 26, 34, 36, 35, 42, 43, 46, 49. — Balneother. Karlsbad. Jahrg. 1926, — Polska Gazeta Lekarska 1927, Nr. 43, 44, 45, 47. — Ther. d. G. 1924, Nr. 10.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Wł. SZUREK, st. asystent. Lwów.

Pierwotny mięsak śledziony.

Z kazuistyki Instytutu anatomji patologicznej U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. Witold Nowicki.

Pierwotne nowotwory złośliwe śledziony są rzadkie, a do bardzo rzadkich należy pierwotny mięsak śledziony u człowieka, nieco częściej zachodzi on u konia. Dotychczas ogłoszono zaledwie kilkanaście przypadków pierwotnego mięsaka śledziony; czy jednak w wszystkich opisany mięsak był pierwotnym nowotworem śledziony, nie jest bezwzględnie pewne. Nowotwory te bowiem, wychodząc z narządów, sąsiadujących z śledzioną, mogą na nią przechodzić, a w takim razie określenie miejsca wyjścia tej sprawy nie zawsze jest łatwe, nawet dla sekcjonującego. Z jeszcze większemi trudnościami połączone jest rozpoznanie tej sprawy dla klinicysty. Guzy, wychodzące z żołądka, jelita grubego, trzustki, nerki lub nadnercza lewego, mogą bowiem dawać podobne obrazy u badanego chorego. Podobny obraz kliniczny mogą zresztą przedstawić niektóre ogólne stany chorobowe, połączone z powiększeniem śledziony, jak n. p. choroba Banti'ego. Nic więc dziwnego, że internista, mimo rozpoznania powiększenia śledziony, czy też jej guza, często zostawia chirurgowi i anatomowi określenie miejsca wyjścia i przyrody tego powiększenia.

W tutejszym instytucie mieliśmy sposobność badania przypadku podobnego, a dotyczył on chorej 49-letniej, która zgłosiła się do szpitala z skargami na bóle w krzyżach i w podżebrzu lewem, utrzymujące się od ośmiu miesięcy. Wkrótce po wystąpieniu bólów chora stwierdziła u siebie w podżebrzu lewem twardy guz, który, naświetlany promieniami Roentgena, zmniejszył się, lecz nie na długo. Guz bowiem zaczął się rychło na nowo powiększać, przyczem chora traciła apetyt i chudła. W chwili przyjęcia do szpitala odczuwała bóle w tem samem miejscu, promieniujące jednak w kierunku pleców i kończyny górnej lewej. Mocz i stolec miała prawidłowy, skarżyła się jednak na kwaśne odbijania. Badanie chorej w dniu przyjęcia wykazało podwyższenie dolnej tylnej granicy lewego płuca oraz guz macalny w podżebrzu lewem, wielkości dłoni, twardy, bolesny, nieporuszający się przy ruchach oddechowych. Badanie urologiczne wykazało nieznaczne zmętnienie moczu, pochodzącego z obu nerek. Przy pomocy Roentgena stwierdzono, że żołądek postaci haka zepchnięty był nieco na prawo i skręcony częścią odźwiernikową do tyłu. Z górnej jego części wychodziła wypustka postaci klina, leżącego w obrębie wyczuwalnego guza. Badanie krwi wykazało wzmożenie się ilości ciałek białych do 15.300 w 1 mm³. Stan ogólny chorej pogarszał się bardzo szybko, zwłaszcza powiększyły się bóle, promieniujące ku górze, lub też mające charakter bólów opasujących, występujących bez związku z przyjmowaniem pokarmów. Z powodu złego stanu ogólnego nie można było chorej poddać zabiegowi operacyjnemu. Ostatnie badanie przed śmiercią wykazało obecność ropy w jamie opłucnowej lewej, guz w podżebrzu lewem znacznie powiększony i bardzo tkliwy przy obmacywaniu. Na kończynach dolnych były znaczne obrzęki, tętno nitkowate, ciepłota, utrzymująca się dotychczas stale w granicach 37 do 38°, spadła poniżej 37°. Chora zmarła po 18 dniach pobytu w szpitalu.

S e k c j a wykazała w podżebrzu lewem guz wielkości głowy noworodka, powierzchni nierównej, barwy szaro-białawej. Przy obmacywaniu guza, można było wyczuć w środku guza treść płynną. Co się tyczy narządów sąsiednich, śledziona, względnie jej część pozostała, która nieuległa rozpadowi, tworzyła z guzem jedną całość. Nadnercza lewego nie można było wykazać, gdyż najprawdopodobniej rozpadło się, nacieczone tkanką nowotworową. Nerka lewa, wprawdzie z nim zrośnięta, niewykazywała jednak w utkaniu zmian, któreby pozwalały przypuszczać, że ona była miejscem wyjścia nowotworu. Guz zrastał się dość silnie z żołądkiem, przeponą i trzustką. Po oddzieleniu od przepony, z środka guza zaczęła się wydobywać na zewnątrz jego zawartość, w postaci płynu brudnego i cuchnącego z domieszką strzępów rozpadłych tkanek. Po bliższem oglądnięciu przepony okazało się, że w miejscu jej zrośnięcia się z guzem znajduje się otwór, z którego wydobywał się podobny płyn z domieszką ropy. W jamie opłucnowej lewej znajdowała się znaczna ilość treści ropiastej, brudnej i nieco cuchnącej. Płuco lewe było z tego powodu zepchnięte ku górze i tyłowi, opłucna zgrubiała pokryta była warstwami zropiałego włóknika. Po otwarciu żołądka, w miejscu jego zrośnięcia się z guzem, stwierdzono również niewielki otwór, który prowadził z wnętrza guza rozpadłego do światła żołądka. Nadto sekcyjnie stwierdzono ogólne wyniszczenie, bladość i zwyrodnienie miąższowe narządów. Wobec tego obrazu sekcyjnego rozpoznano nowotwór złośliwy, który mógł wyjść z żołądka, trzustki, nadnercza lewego lub śledziony. Z powodu swobodnego działania na tkankę nowotworową kwasu solnego i drobnoustrojów, od strony żołądka nastąpił jego rozpad i zgorzel a następnie przedziurawienie przepony i zakażenie jamy opłucnowej lewej.

D r o b n o w i d o w o stwierdzono, co następuje:

Utkanie śledziony w miejscu bujania nowotworowego jest zupełnie zniesione; zaledwie tylko w części obwodowych pozostały tu i ówdzie jeszcze utrzymane beleczki śledzionowe i nieco miąższu a na samym obwodzie zgrubiała torebka. Właściwe utkanie guza przedstawia obraz dość jednostajny, mianowicie tkankę, złożoną z wielkiej ilości komórek prawie jednego typu. Typem tym jest komórka krągła, większa od limfoplasta, posiadająca jedno krągłe jądro, o wyraźnym zrębie chromatyny niezbitej i wskutek tego barwiącej się słabiej. Protoplazma tworzy dość skąpy rąbek. Komórki opisane są jednostajnie rozmieszczone w oczkach dobrze widocznej siateczki, wytworzonej z delikatnych niteczek. Wśród utkania opisanego stwierdzono w wielu miejscach wylewy krwawe świeższe i starsze, gdyż ciałka czerwone są w jednych miejscach dobrze utrzymane, w innych zaś rozpadłe. Gdzieniegdzie wykazano nieregularne ogniska, wytworzone z tkanki łącznej, przeważnie włóknistej, miejscami wypustkowato wnikającej w utkanie wyżej opisane. W pobliżu tych ognisk znajdują się utrzymane lub rozpadłe ciałka czerwone krwi. W skrawkach, wziętych z części trzustki, zrośniętej z guzem, stwierdzono porozrywane zraziki trzustkowe, w które wnika opisana wyżej tkanka nowotworowa w postaci nacieczenia.

Na podstawie obrazu drobnowidowego należało rozpoznać mięsaka krągło-komórkowego. Największe oraz najstarsze zmiany w śledzionie, połączone z jej zniszczeniem prawie zupełnem, świadczą, że narząd ten był pierwotną siedzibą nowotworu. Początku jego wyjścia możnaby jeszcze dopatrywać się w żołądku, jednak niewielkie i świeże zmiany w jego ścianie przemawiają raczej za tem, że został on wciągnięty w proces drogą bezpośredniego przejścia nowotworu na narządy sąsiednie. Ognisk przerzutowych nigdzie niestwierdzono.

Przypadek opisany zwraca uwagę nie budową swoją, opisane bowiem w piśmiennictwie (Simon, Bunting, Prinsing) pierwotne mięsaki śledziony przedstawiają również przeważnie utkanie krągło-komórkowe, niektóre także wrzecionowatokomórkowe. Podnieść należy z jednej strony powikłania, wywołane przez ten nowotwór, z drugiej niewytworzenie się przerzutów. Mięsaki śledziony dochodzą zwykle znacznych rozmiarów, podobnie jak w naszym przypadku; postać śledziony się zaciera a dzięki znacznej dążności do zrastania się ich z otoczeniem powstają zmiany i powikłania następowe, między innemi zaburzenia w krążeniu z opuchliną jamy brzusznej, tworzeniem się ubocznego krążenia żylnego i t. p. W przypadku naszym nowotwór zrósł się z żołądkiem przebił jego światło, stąd trawienie jego tkanki i znaczny rozpad. Rozpad ten powstał tem łatwiej, gdyż utkanie mięsaka było obficie komórkowe, unaczynienie zaś bardzo słabe. Za skłonnością do rozpadu przemawiają w naszym przypadku świeże i starsze wylewy krwawe. Z chwilą przebicia nowotworu do żołądka nastąpiło działanie na niego soku żołądkowego, trawienie nowotworu i tem większy jego rozpad. Od strony żołądka nowotwór stworzył sobie sam warunki jeszcze dogodniejsze do rozpadu, przebijając zrośniętą z nim przeponę, wywołał ropienie i zgorzel w lewej jamie opłucnowej, która stała się ostateczną przyczyną śmierci kobiety, wyniszczonej długą chorobą.

Z DZIEJÓW NAUKI POLSKIEJ.

Prof. Dr. MACHEK E. Lwów.

Okulistyka we Lwowie w latach 1772 do 1927.

Dokończenie.

Po Sławikowskim objął w r. 1851 oddział i wykłady okulistyczne w Instytucie medyko-chirurgicznym Dr. Ignacy Wiktor Hawranek, którego we Lwowie poprzedziła opinja dobrego okulisty. Przybył z Wiednia gdzie był uczniem prof. Rozasa, u którego w klinice był czynny i tamże wykonywał operacje. Za pobytu w Wiedniu napisał dwie rozprawy w języku niemieckim o operacji Ectropium sarcomatosum (Oester. med. Jahrbücher 1841) i o garbiaku rogówki (Oester. med. Wochenschrift 1844). Był niemcem z czeskiej rodziny i w krótkim czasie wyrobił sobie wielką praktykę okulistyczną, naprzód pomiędzy niemcami a potem wogóle u całej ludności kraju. Dla uczynności swojej i osobistych zalet był poważany a że był wszechstronnie wykształconym lekarzem, ceniono go także w Instytucie i w Uniwersytecie. W r. 1855 zostaje zwyczajnym profesorem okulistyki i teoretycznej medycyny w Instytucie. Później wykładał także czas jakiś fizjologię i patologię. Oddział oczny miał już przeszło 20 łóżek i nazywał się kliniką oczną. Wystarczało to dla Lwowa mającego podówczas 55.000 ludności i niedostateczną komunikację z prowincją wobec braku kolei, które u nas dopiero w sześćdziesiątych latach poczęto budować. W Instytucie wykładał i prowadził oddział aż do r. 1874 a więc aż do zupełnego rozwiązania Instytutu.

Z rokiem tym ustały promocje na patronów chirurgji. Z dawniejszych chirurgów w ostatnich latach już i najstarsi pomarli.

Profesor Hawranek prowadził jak zachowane księgi wykazują swój oddział z pewną pedanterją i w wielkim porządku. Wykłady jego uczniowie cenili jako ścisłe, zrozumiałe i praktyczne.

Przeglądający księgi oddziałowe profesora Hawranka nie bez wrażenia spostrzega, że od 1 stycznia 1867 księgę chorych się już prowadzi po polsku a nie po niemiecku. Znikają ze spisów szpitalnych Johany, Georgi i Anastazje a znalazły się po 100 latach nasze Iwany, Hrycie i Nastki. Austrja po przegranej kampanji pod Königrätzem (1866 r.) rozszerza autonomję Galicji i wreszcie decyduje się na wprowadzenie dualizmu austro-węgierskiego. Wydział krajowy w zakresie autonomji organizuje szpital we Lwowie, który już w r. 1854 (resk. minist. 15.230) uznano jako zakład krajowy i powszechny, wprowadza język polski jako urzędowy i systemizuje prymarjaty. Z zamknięciem Instytutu medyko-chirurgicznego ustępują obcokrajowcy a jako jedyna pozostałość Instytutu utrzymała się w szpitalu tylko szkoła położnicza, w której zamianowano profesorem Dr. Adama Czyżewicza.

Profesor Hawranek po zniesieniu Instytutu, przechodzi na emeryturę, wchodzi jednakże jako reprezentant farmacji, docent farmakognozji i przełożony zbioru farmakologicznego, w skład wydziału filozoficznego Uniwersytetu lwowskiego. Ofiarowano mu nawet zwyczajną katedrę farmakognozji systemizowaną na Uniwersytecie dla farmaceutów, której nie przyjął. Jeszcze przez kilka lat trudnił się praktyką okulistyczną, a w r. 1880 przeniósł się naprzód do Wiednia [14]), później do Gracu, gdzie zmarł w r. 1885 w 71 roku życia.

Rozpatrzywszy się w historjach chorób oddziału prof. Hawranka a znając nasz materjał chorych, który odtąd się nie o wiele zmienił, widzimy różnice pomiędzy naszemi rozpoznaniami i operacjami a temi z przed 70 laty. W rozpoznaniach przeważa podział etjologiczny. Oftalmie zołzowe, kiłowe, dnowe, oftalmie reumatyczne do których zalicza niewątpliwie niektóre formy glaucoma inflammatorium chronicum występujące z bólami. Terapja przypomina jeszcze czasy humoralnej patologji. Z operacyj w r. 1854 znachodzimy Cataracta rescita 4. (wtórorzędne i urazowe zaćmy), Reclinatio per scleronyxin 2, Depressio cataractae 2, Extractio cataractae modo Beer, płat od dołu 26, Irydektomie przy occlusio pupillae 2 i inne operacje, razem 48. Wykonywano także rozkawałkowanie zaćmy u dorosłych. Wyniki operacji zaćm schyłkowych, przeważnie dobre, trwanie leczenia krótkie. W roku 1864 wykonano Extractio cataractae z irydektomją widocznie już linijną obwodową ekstrakcję Graefego. Znać powolny postęp zdobyczy zreformowanej okulistyki. Rozpoznań wziernikowych i w późniejszych latach zaledwie ślad a natomiast n. p. Amblyopia amaurotica co może być atrophia alba, glaucoma simplex absolutum, atrophia post neuritide, choroiditis disseminata w późnych okresach i t. p. Dat statystycznych niepodaję, wymagają wiele miejsca. Podaję tylko liczby chorych z lat 1855 do 1863. Liczba chorych leczonych na oddziale z każdym rokiem się powiększała: W r. 1855 leczyło się 279; 1856 — 278; 1857 — 201; 1858 — 204; 1859 — 297; 1860 — 225; 1861 — 292; 1862 — 341; 1863 — 404. Średnia ilość dni pobytu w szpitalu wynosiła 20—32 dni.

Po zdecydowanem zamknięciu Instytutu medyko-chirurgicznego, które nastąpiło na żądanie Sejmu galicyjskiego, który chciał mieć pełny wydział lekarski we Lwowie, wchodzi w życie na mocy nowej organizacji szpitala, osobny prymarjat oddziału ocznego. Po ustąpieniu prof. Hawranka obsada prymarjatu z powodu braku kwalifikowanych kandydatów krajowych przedstawia pewne trudności. Opinja żądała mianowania Dr. Wojciecha Wołka praktykującego w mieście okulistę, który był sekundarjuszem oddziału prof. Hawranka i w ostatnich latach go zastępował. Wydział krajowy niemógł jednakże Wołka mianować prymarjuszem gdyż tenże, nie miał Magisterjum okulistyki; co było warunkiem konkursu. Wreszcie w r 1874 mianuje Wydział krajowy prymarjuszem Dra Józefa Kilarskiego, który uzyskał Magisterium okulistyki w r. 1873 w Wiedniu a był poprzednio asystentem prof. Sławikowskiego w Krakowie a później krótki czas asystentem prof. Rydla. Oddział miał 66 łóżek. Historje chorób z oddziału się zachowały i dają wierny obraz czynności na oddziale. Liczba chorych się wzmaga, liczby statystyczne przez czas jakiś ogłaszał Wydział krajowy [15]) w Sprawozdaniach rocznych. Średni pobyt chorych wynosił 30—35 dni. Ambulatoryjnego leczenia nieprowadzono. Operacji było ponad 200 rocznie, w tem katarakt 30—60. Kilarski operował kataraktę już sposobem linijnym modyfikowanym Graefego i stosował irydektomję w przypadkach jaskry. Wyniki operacji zaćm były dobre. Oprócz prymarjusza był czynny na oddziale sekundarjusz i przydzieleni na czas krótszy praktykanci szpitalni. Sprawozdań naukowych lub prac okulistycznych nieogłaszano. W siedmnastym roku służby ustępuje Dr. Kilarski, wyjeżdżając ze Lwowa do swego majątku, gdzie zamieszkał. W ostatnim roku zastępował go Dr. Tytus Kicki, okulista lwowski i sekundarjusz szpitala, późniejszy okulista miejski we Lwowie. W roku czynności Kickiego w zastępstwie Kilarskiego było na oddziale stałych chorych 880 i 302 operacyj.

Po ustąpieniu Kilarskiego zamianował Wydział krajowy w lutym 1892 r. w krótkiej drodze prymarjuszem oddziału ocznego Dr. Emanuela Macheka ucznia profesora Artla w Wiedniu i profesora Rydla w Krakowie, habilitowanego w r. 1882 docenta okulistyki w Uniwersytecie Jagiell., który prymarjat przez 35 lat prowadził aż do lutego r. 1927.

Jeżeli mam ocenić czynność okulistów, moich poprzedników, kierujących Instytucjami okulistycznemi, które w XIX wieku różne nosiły nazwy i różne przechodziły koleje a zawsze były niejako ocznym oddziałem szpitalnym, to zaznaczyć muszę, że kierownicy zakładów bez wyjątku stali na wyżynie współczesnej nauki, jako kierownicy oddziałów byli pilni i doświadczeni u publiczności jako lekarze wzięci i szanowani. Należeli aż do Kilarskiego do szkoły przedoftalmoskopowej. Kilarski już wykonywał najgło-

---

[14]) Finkel: Hist. Uniw. lw. 180. II.

[15]) Sprawozdania ze szpitali krajowych w Galicji z Krakowem. Lwów. Ostatnie w r. 1892. Nakładem Wydziału krajowego.

wniejsze z nowych operacyj. Należy stwierdzić, że zakłady i kierownicy zakładów się społeczeństwu dobrze zasłużyli.

Nie można jednak nie zaznaczyć, że mogło być jeszcze lepiej. Od profesorów i kierowników oddziałów lekarskich spodziewamy się samoistnej pracy naukowej, troski o wyposażenie zakładów, i o podchowanie naukowe następców. Tymczasem wyników doświadczeń na materjale chorych, obserwacji naukowych, które stanowią niejako kamienie z których się buduje monumenta postępu nauki, przez wiek cały nieogłaszano. W zakładach ocznych nie pozostał nawet ślad starań o przybory naukowe, instrumenta, książki. Ani Instytut ani oddział niewydały do r. 1890 lekarza okulisty, któryby się cieszył wziętością we Lwowie lub w kraju. Zdaje się, że duch czasu w ówczesnych warunkach politycznych i społecznych wobec przepełnienia Instytutu obcokrajowcami, jeszcze się nie domagał pracy, mającej na oku przyszłość tej ziemi.

Wobec tego, że kierownicy zakładów ustępując nic nie pozostawiają ani z organizowanych zakładów ani podkształconych okulistów, warunki czynności okulistycznej w latach ośmdziesiątych tak we Lwowie jak i w kraju się pomyślnie nieprzedstawiały. We Lwowie mającym już 120.000 ludności było wprawdzie kilku okulistów wziętych Dr. Lindner, Dr. Rosenzweig, ale prawie nieoperujących. Z operacjami arystokracja nasza wyjeżdżała do Pagenstechera do Wiesbaden albo do Gałęzowskiego do Paryża, inteligencja do Wiednia, gdzie były 3 okulistyczne kliniki, kilka oddziałów szpitalnych i żywy ruch naukowy, który się przyczynił do rozwoju nowej okulistyki i do rozgłosu wiedeńskich okulistów. Dość wspomnieć, że czynni tam byli, Arlt, Jaeger, Stellwag, Fuchs, Reuss, Mauthner i inni. Kliniki wiedeńskie wyrywały sobie z rąk dojeżdżających chorych z Galicji jako materjał naukowy a skutkiem nadzwyczajnie zorganizowanej komunikacji kolejowej, stał się Lwów jakby przedmieściem Wiednia. Na prowincji u nas nie było ani okulistów ani magistrów okulistyki a na oczy leczyli przeważnie doktorzy medycyny, którzy nie mieli egzaminu z okulistyki. Epidemje oczne wybuchały często w internatach, szkołach, więzieniach. Ilość leczonych na jaglicę jeszcze w r. 1892 wynosiła w szpitalu lwowskim 34%, wojsko z powodu jaglicy wypuszczało corocznie kilkaset jaglicowych z szeregów, którzy roznosili zarazę po kraju[16]). Ambulatorjów ocznych we Lwowie nie było. Urzędowy wykaz Krajowej Rady zdrowia wykazywał 7000 ciemnych w kraju.

Stosunki naukowe medyczne były we Lwowie także niekorzystne i wiele pozostawiały do życzenia. Brak przyborów do badań naukowo lekarskich, brak pracowni naukowych. Książek okulistycznych ani śladu nawet w bibljotece uniwersyteckiej. Dopiero nowo powstały w r. 1894 wydział lekarski który się uzupełnił nowemi katedrami i jako pełny czynnym był od roku 1899, warunki pracy naukowej odrazu zmienił.

W tym czasie w braku okulistów u nas, zjeżdżał na lato corocznie do kraju Dr. Michał Borysikiewicz profesor okulistyki w Uniwersytecie w Insbrucku a później w Gracu, leczył i operował chorych na oczy w Zarwanicy gdzie mieszkał u swojej rodziny. Poprzedziła go sława pierwszorzędnego operatora jakim był istotnie. Czynnością swoją zasłużył sie krajowi i był dobroczyńcą dla chorych. Kilka lat później zjeżdżał do wschodniej Małopolski okulista Dr. Fukala, który wiele operował na prowincji i na tym materjale wydoskonalił swój sposób operowania myopii, przez wydobycia z oka soczewki.

Podczas VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich który się odbył w r. 1894 we Lwowie, czynną była osobna sekcja okulistyczna z obszernym programem[17]). We wrześniu roku 1924 odbył się II Zjazd okulistów polskich, w którym wzięli udział wszyscy profesorowie okulistyki w Uniwersytetach polskich i 80 okulistów przybyłych z najdalszych krańców Polski z których 44 miało na Zjeździe wykłady[18]).

Dla całości należy jeszcze przedstawić czynność i rozwój oddziału ocznego od r. 1892 i Kliniki ocznej od r. 1899 a więc z czasu w którym kierowałem temi zakładami.

Ponieważ tu chodzi o moją własną czynność, przedstawię ją w przedmiotowem skróceniu, językiem liczb, wyjętych z zestawień każdorocznych.

Okres pierwszy tej czynności w którym naprzód oddział oczny uległ reformie, stanowi zamkniętą całość. Trwał od 1892—1898 r. Czem był, wykazuje sprawozdanie drukowane w r. 1899[19]).

Oddział powiększono i lepiej rozmieszczono, urządzono ubikacje do badań, sprawiono przybory do badań oczów i refrakcji, których wcale nie było[20]), uzupełniono instrumentarjum. Zebrano nieco książek i pism okulistycznych. Wprowadzono nie bez trudności ambulatorjum oczne jako pierwsze ambulatorjum gdyż dotąd w szpitalu żadnej przychodni nie było. Wprowadzono wikt koszerny dla operowanych żydów, za pośrednictwem izraelickiego Towarzystwa dobroczynności a to dlatego aby można było konkurować w operacjach z Wiedniem, gdzie w klinikach operowanych żydów żywiono wiktem koszernym. Urządzenia były aż nadto skromne gdyż finansowe położenie Wydziału krajowego pod obcym zaborem było ciężkiem; byłem jednak zawsze tego zdania że nawet w skromnych warunkach można gorliwą praca zrobić wiele.

Na oddziale było łóżek 80 a według potrzeby można było ich ilość powiększyć co stało się wkrótce koniecznością społeczną. W pierwszych siedmiu latach leczono 20.807 chorych, w tem 11.892 ambulansów. Średni pobyt w szpitalu wynosił 21 dni. Jaglicy w r. 1892 było 33.79% w r. 1898 już 28.54%. Odsetka jaglicy spadła w 7 latach o 5.21%. Operacji wykonano 3.494, w tem 1.022 katarakt szarych, t. j. 147 średnio rocznie. Ogłoszony spis wykonanych operacyj wykazuje że wszystkie nowsze sposoby operacyjne podawane w literaturze, stosowano i przydatność ich badano. Żydzi u nas na oddziale operowani stanowili 22.05% wszystkich operowanych a mieszkało ich w kraju w tym czasie 11.0%. Pokazuje się że już nie tak często do Wiednia z opercjami jeździli. Wychodziło to także na korzyść kraju, który według obowiązujących podówczas ustaw, musiał za chorych leczonych w Wiedniu płacić dość wysokie koszta za pobyt w tamtejszych szpitalach.

Liczby które w sprawozdaniu podaliśmy, ogłaszaliśmy szczegółowo corocznie w Nagla Jahresberichte für Ophtalmologie wychodzących w Tubindze. W tem wydawnictwie ogłaszały w tym czasie swoją statystykę różne zakłady zagraniczne i wszystkie kliniki niemieckie. co umożebniło porównanie. I okazało się że w Niemczech tylko w Berlinie i w Halli (Alfred Graefe) operowano więcej niż u nas, w innych klinikach przeważnie mniej. W roku np. 1890 operowano w Bonn 42 katarakt, w Getydze 37, w Marburgu 31, w Gryfii 29 a u nas średnio rocznie 147. A operacje katarakty są miarą przydatności i wydatności zakładów okulistycznych. Uzasadnionem i nie za śmiałem jest powiedzenie że już w tych 7 latach powstał u nas w szpitalu, czego dotąd nie było, większy zakład operacyjny.

O naukowej czynności w tych pierwszych 7 latach świadczy wykaz prac w sprawozdaniu wykazanych, które weszły w tym czasie w literaturę naukową. Było ich 22. Ogłosili je prymarjusz Dr. Machek i sekundarjusze Dr. A. Szulisławski i Dr. O. Zion. To był pierwszy okres czynności oddziału.

W jesieni 1898 roku wchodzi w życie klinika okulistyczna w Uniwersytecie we Lwowie. Dr. Machek prymarjusz oddziału ocznego zostaje profesorem okulistyki a Wydział krajowy na wniosek ówczesnego Marszałka krajowego i za zgodą Ministerstwa Wyznań i Oświecenia, nowym dekretem nadaje mu prymarjat oczny. Następstwem tego było wspólne kierownictwo kliniką i oddziałem co nie przedstawiało trudności, gdyż klinika i oddział chociaż tworzą osobne jednostki administracyjne, w tym samym głównym budynku szpitalnym są pomieszczone. Następstwem tego było że materjał kliniki powiększył się o 100 łóżek a oddział oczny korzystał odtąd z urządzeń kliniki uniwersyteckiej. Z natury rzeczy wynikało że część dydaktyczna i naukowa przeważnie się odbywała w ubikacjach kliniki mającej dostateczne dotacje od rządu na urządzenia naukowe i przybory do badań. Operacje się prowadziło w klinice a oddział prowadził szpitalną część leczniczą. Podczas wakacyj operowano jednak przez 3 miesiące na oddziale. Takie połączenie klinik z oddziałem istnieje w Uniwersytecie w Wiedniu.

To połączenie trwało 24 lat, 15 lat przedwojennych i 9 lat wojennych aż do końca 1922 roku. Jest to okres czynności kliniczno-oddziałowej, który trwał aż do ustąpienia prof. Macheka z katedry. W tym okresie oddział korzystał ze wszelkich urządzeń i dorobków naukowych kliniki, klinika z materjału oddziału i tegoż sił lekarskich. Wejście w szczegóły tego okresu czynności, wymaga osobnego sprawozdania.

Kiedy w r. 1922 ustąpiłem z powodu wieku z katedry, nadszedł czas że oddział oczny znowu się oddzielił od kliniki i miał stanowić osobny samoistny oddział oczny. Jak długo z kliniką był połączony korzystał z wyposażenia kliniki, z pracowni i księgozbioru. Oddzielając i stając się samoistnym oddziałem potrzeb-

[16]) Machek E.: Statystyka jaglicy w Galicji według dat urzędowych. Lwów 1894.

[17]) Bylicki W.: Pamiętnik VII Zjazdu lek. i przyrod. pol., pag. 348—1894.

[18]) Pamiętnik II Zjazdu okulistów polsk. Klinika oczna. 1824.

[19]) Machek: Sprawozdanie z oddziału ocznego szpit. z roku 1892—1898. Lwów.

[20]) Wydział Krajowy. Sprawozdanie ze szpitali krajowych z roku 1891 p. 77.

nem było odpowiednie urządzenie. Aby to przeprowadzić, zatrzymałem prymarjat przez następnych 4 lat. Ustępując w r. 1927 z kierownictwa oddziału pozostawiłem oddział odpowiednio urządzony z częścią dla dorosłych chorych i z częścią dla dzieci chorych na oczy, które są pomieszczone w osobnym budynku w szpitaliku Św. Zofji. Wprowadzone przez Wydział krajowy w ambulatorjum małe opłaty za pierwszą wizytę wystarczą aby się oddział w przyszłości zaopatrywał w nowe przyrządy i książki. W ostatnim roku (1926) wykonano 814 operacyj, pomiędzy tem 155 operacyj katarakty. Oddział stanowi obok kliniki drugi poważny zakład operacyjny we Lwowie. Prymarjuszem oddziału ocznego, po mojem ustąpieniu zamianował T. Wydział samorządowy Dra Albina Musiała.

Potrzebnem jest dodać kilka liczb, wykazów i uwag które wskażą na wyniki czynności obu połączonych zakładów kliniki i oddziału ocznego.

Pod względem naukowym: Z obu zakładów wyszło drukiem przeszło 200 publikacyj naukowych które ogłosił profesor i liczni asystenci, sekundarjusze i elewi kliniczni, pomiędzy którymi było wielu zdolnych, pracowitych i utalentowanych adeptów okulistyki. Oprócz profesora Macheka ogłaszali drukiem prace z materjału naukowego zakładów prof. A. Bednarski, prof. A. Szulisławski, prof. A. Szymanowski [21]), docent Dr. W. Reis, prymarjusze A. Musiał i Dr. O. Zion, Asystenci Dr. Kreutz, Dr. S. Markowski, Dr. J. Toczyski, Dr. A. Jaworski, Dr. I. Hołodyński, Dr. I. Drak, Dr. Fr. Naróg, sekundarjusze Dr. T. Kicki i Dr. Herschendorfer i inni. Oprócz tego weszło w literaturę naukową wiele komunikatów i wykładów wygłaszanych na zjazdach okulistów polskich i w Towarzystwie lekarskiem.

Klinika i oddział wykształciły lub dokształciły 35 okulistów, którzy jako specjaliści wyłącznie się okulistyką zajmują. Pomiędzy niemi są wprawni operatorowie, wzięci lekarze i zasłużeni społeczeństwu specjaliści. Kilku z nich przedwcześnie zmarło. Szulisławski, Burzyński, Kreutz który osiadł w Stanisławowie i Toczyski, który po wojnie wracając z Syberji zmarł w podróży z tyfusu plamistego. Przed śmiercią przysłał do kliniki manuskrypt o „Refrakcji oka". Oprócz tego dokształcił oddział oczny wielu lekarzy nie specjalistów wiadomościami z okulistyki, które są potrzebne dla lekarzy szpitalnych na prowincji, lekarzy wojskowych, rządowych i sądowych.

Wyposażenie kliniki z dotacyj rocznych było wystarczające. Klinika miała pokaźną bibljotekę okulistyczną, najnowsze precyzyjne instrumenta optyczne, pracownię histologiczą i oczno-bakterjologiczną. Ujemną stroną kliniki było za ciasne pomieszczenie i to do tego stopnia że brak było miejsca na ustawienie przyrządów do badań, które klinika posiadała, co utrudnia pracę dydaktyczną i naukową a wreszcie i badanie chorych.

Od pierwszej chwili wejścia w życie kliniki ocznej pomieszczenie uważane było tylko za prowizoryczne. I dlatego już od r. 1898 czyniłem starania o budowę nowej kliniki. W r. 1904 rząd austryjacki i nasz Wydział krajowy na nową budowę zgodziły się a z przyznanych przez ówczesnego ministra finansów Dr. Korytowskiego kredytów, zakupiono grunt pod mające się budować nowe kliniki, przy ulicy Piekarskiej. W jesieni 1914 roku miano kłaść fundamenta — kiedy wybuchła wojna. Po wojnie (1920) rząd polski potwierdził rozszerzone plany prof. Macheka a budowniczy urząd wojewódzki przygotował budowę. W r. 1921 zwieziono zakupione cegły na plac budowy a w roku następnym już po mojem ustąpieniu z katedry, budowę kliniki wstrzymano.

Podajemy jeszcze kilkanaście liczb które wykazują ruch chorych i liczbę operacyj.

I. Ruch chorych.

	Leczono chorych	Stale pozostawali w zakł.	Ambulatorjum
Oddział 1892—1926	78.886	44.201	34.685
Klinika 1899—1922	175.526	12.167	132.559
Razem	224.412	56.368	168:044

II. Operacje.

	Ilość operacyj	Operacje katarakty szarej	Op. Jaskry prostej lub zapalnej	Oper. na powiekach
Oddział 1892—1926	10.203	2.093	1.070	2.141
Klinika 1899—1922	16.499	4.185	1.632	2.450
Razem	26.702	6.278	2.602	4.591

[21]) A. J. Szymanowski prof. okulistyki w Kijowie pracował na naszej klinice którą potem opisał. Wracz. Pysmo o nikotorych zahranicznych głaznych klinikach. Kiew 1903.

Katarakt szarych, schyłkowych, operowano 6.278, przypadków jaskry prostej lub zapalnej, nie licząc wtórorzędnych 2.702. Oprócz tych typowych operacyj wykonano jeszcze innych 17.722.

Średnia pobytu chorych w szpitalu wynosiła w roku 1873 34 dni, w r. 1891 30.90. Od roku 1892 spadała z każdym rokiem i w roku 1916 wynosi tylko 16 dni w szpitalu i 14 dni w klinice. Znane jest znaczenie średniej pobytu. Szpitale mają leczyć, na miejsce przytułku są za drogie.

Jaglicy w r. 1892 było w stosunku do leczonych chorych w szpitalu 33.79%. Odtąd z każdym rokiem odsetka jaglicy spada. W r. 1902 wynosi już tylko 15.70%; w r. 1908 12.5%; w r. 1914 11.8%: w r. 1921 8.2%. Wpłynęły na to naprzód operacje wrostu rzęs których w związku z następstwami jaglicy, wykonano do 2400. Były to oczy zawsze kapiące i wydzielające a więc nieustające źródła zakażenia. Poza operacjami, leczono chorych jaglicowych używanemi dziś środkami leczniczemi ale cierpliwie i z wielką starannością. Są to chorzy ubodzy i nieszczęśliwi, godni ludzkiego miłosierdza. Leczono ich w latach 1892 do 1922 razem 23.350, z tego na klinice 17.412, na oddziale 5.938.

Wielką przeszkodą w prawidłowym rozwoju kliniki, w jej czynności naukowej i leczniczej stała się wojna. Z jej wybuchem w sierpniu 1914 odstąpili profesorowie kliniczni Wydziału lekarskiego swoje kliniki wojsku, zatrzymując jednakże kierownictwo tak powstałych oddziałów szpitalnych w swoich rękach. Już dnia 19 sierpnia 1914 przywieziono w godzinach rannych na klinikę oczną 98 ciężko rannych w bitwach pod Rawą ruską i Buskiem. Były to miejscowe walki, tak zwanej wielkiej bitwy pod Lwowem, która trwała kilka dni i skończyła się pobiciem austrjackiej armji i cofnięciem się tejże na linję Wereszycy. W klinice leżeli oficerowie i żołnierze różnych narodowości zamieszkujących Austrję.

Chirurgiczne leczenie prowadził Dr. Andrzej Pochorecki. Trzeciego września wywieźli Austryjacy rannych z kliniki przez Stryj na Węgry pozostawiając tylko nienadających się do transportu. Następnego dnia wkroczyła armja rosyjska do Lwowa. Szpitalna część kliniki ocznej pozostała już jako oddział wojenny w rękach wojska aż do października 1916. W części naukowej kliniki i w ambulatorjum przyjmowano jednakże we wszystkich okresach wojny bez przerwy, chorych ocznych z miasta i wojskowych przysyłanych w znacznej liczbie z oddziałów austrjackiej i szczególnie niemieckiej armji. Podczas zajęcia Lwowa przez Ukraińców z dniem 1 listopada 1918 czynną była klinika stale i ruchoma, pomimo to że kule karabinowe dostawały się podczas urzędowania do wnętrza kliniki. Wykłady z okulistyki odbywały się już od roku 1916 regularnie chociaż tylko dla małej liczby uczniów i czasowo urlopowanych z armji dla zdawania egzaminów. Na wykłady okulistyczne i na operacje uczęszczali także pilnie uczniowie innych uniwersytetów (Wiedeń, Praga, Peszt) których czasowo stacjowano we Lwowie dla przygotowania się do rygorozów. Regularna czynność kliniki w rozmiarach prawidłowych rozpoczęła się dopiero w październiku 1920 po pokonaniu Armji sowieckiej i odparciu armji Budiennego, która dotarła aż do Lwowa gdzie przednie straże sowieckie stały pod Winnikami.

Niezwykłą była czynność oddziału ocznego w latach 1916 i 1917 a więc po wyparciu wojsk rosyjskich z Galicji. Oddział leczył przeszło tysiąc chorych pokaleczonych na oczy skutkiem wybuchu nabojów, szrapneli i innej amunicji. Byli to osobnicy od 8 do 18 lat, którzy odnalazłszy naboje przez uchodzące wojska porzucone, doprowadzały je do wybuchu. Tak powstawały poza frontem wojenne uszkodzenia narządu wzrokowego, które stanowiły pod wielu względami osobny rodzaj uszkodzeń wojennych [22]).

O czynności okulistycznej w czasie wojny i to poza kliniką należy jeszcze zaznaczyć: W późniejszym okresie wojny czynny był przez dłuższy czas we Lwowie większy szpital wojskowy dla chorych na oczy. Kierował nim rezerwowy lekarz wojskowy Dr. Teodor Bałaban, okulista lwowski, który także przez czas jakiś prowadził wojskowy oddział szpitalny oczny za naszych rządów. W służbie tej został generałem-lekarzem W. P. Dr. Bałaban osiadł jako okulista we Lwowie po roku 1890, jest wziętym okulistą, który ogłosił szereg naukowych prac okulistycznych drukiem. W Przemyślu czynnym był w wojskowym szpitalu major-lekarz Doc. Reis który kierował oddziałem ocznym w którym leczono wiele wojskowych cierpiących na jaglicę.

W ostatnich 30 latach był także czynnym osobny oddział oczny dla chorych dzieci w szpitaliki św. Zofji, który dla chorych dzieci bardzo wiele zdziałał dobrego. Szpitalik św. Zofji założyła i w części ufundowała księżna Leonowa Sapieżyna przed 50 laty. Długi czas był dyrektorem i kierującym lekarzem szpitalika Dr.

[22]) Machek: O uszkodzeniach oczów powstałych poza linją bojową i t. d. P. Gazeta lek. 1922.

Merczyński. Później wybudował szpitalik dla chorych na oczy dzieci osobny budynek w którym urządzono salkę operacyjną. Z początku leczyli dzieci okuliści zamieszkali w mieście, później objął oddział prof. Bednarski. Po jego ustąpieniu Wydział krajowy połączył oddział oczny dla dzieci z oddziałem ocznym szpitala krajowego, pozostawiając jednak dzieci chore w ich osobnym budynku w szpitaliku.

Na koniec należy zaznaczyć jaki jest obecny stan opieki nad chorymi na oczy we Lwowie i we wschodniej Małopolsce.

We Lwowie z czynnych obecnie Instytucji najpierwszą i najważniejszą jest Klinika okulistyczna Uniwersytetu Jana Kazimierza, której dyrektorem jest od 1 października 1922 r. prof. Ad. Bednarski.

Co do ilości łóżek największym zakładem ocznym jest oddział oczny szpitala powszechnego. Ma część dla dorosłych chorych w głównem zabudowaniu szpitalnem i jak już wyżej wspomnieliśmy osobny oddział dla dzieci w szpitaliku św. Zofji, razem przeszło 100 łóżek, których liczbę w razie potrzeby można powiększyć.

W szpitalu wojskowym przy ulicy Łyczakowskiej jest oddział oczny dla wojska i rodzin wojskowych.

W Poliklinice lwowskiej, którą założyło grono lekarzy miejscowych, było czynne od samego początku jej istnienia ambulatorjum oczne. W niem leczą okuliści, którzy należą do Polikliniki. Ambulatorjum znajduje się przy ulicy Lindego blizko środka miasta i jest łatwo dostępne.

W szpitalu izraelickim, wielkiej fundacji Maurycego Lazarusa, czynnym jest oddział oczny, który na stałe przyjmuje tylko izraelitów. Do Ambulatorjum przyjmują chorych bez różnicy wyznania.

Także ukraińska lecznica przy ulicy św. Józefata ma swoje ambulatorjum okulistyczne.

Oprócz tych Instytucyj niosą chorym ocznym pomoc przeszło 30 okulistów specjalistów, osiadłych we Lwowie. Większe miasta prowincjonalne Małopolski wschodniej mają swoich okulistów. Przemyśl 4, Stanisławów 3, Jarosław 2. W szpitalach powszechnych prowincjonalnych wykonywa się mniejsze operacje oczne, szczególnie powiekowe. Przy dzisiejszej komunikacji w Małopolsce, w przeciągu kilku godzin, może się każdy chory dostać do zakładów okulistycznych Lwowa.

W ostatnich latach już za naszych własnych rządów zmieniły się znacznie stosunki lecznicze. Rząd polski rozszerzył państwową opiekę lekarską nad ludnością w ogóle i równocześnie pomyślał także o pomocy dla chorych ocznych. Wprowadzono naprzód kilku okulistów szkolnych we Lwowie i to dla szkół ludowych i średnich, osobnego okulistę dla urzędników i osobnego okulistę dla służby kolejowej. Kasy chorych mają kilku okulistów, którzy także w razie potrzeby wykonują operacje oczne w szpitalach Kasy chorych. Władze sanitarne organizują walkę z jaglicą i prowadzą ewidencję chorych na jaglicę. Magistrat lwowski ma swojego okulistę miejskiego dla miejskich zakładów przemysłowych, dla zakładów wychowawczych i domów sierót. Te nowe zarządzenia zmieniły położenie materjalne niektórych lekarzy i z wielu stron krytycznie są oceniane. I istotnie one zmieniły stan posiadania na niekorzyść głośniejszych praktyków, lecz zato inni lekarze, przeważnie młodsi, uzyskali pole działania i dostali chleb do ręki. Niewątpliwą jest rzeczą, że o ile ten nowy porządek się należycie rozwinie i o ile nowi lekarze urzędowi i kasowi zdołają zadość uczynić potrzebom swojej klijenteli, te postępowe zarządzenia będą dobrym nabytkiem, który wyjdzie na korzyść społeczeństwa.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Dr. M. ZWEJGBAUM, biblj. Tow. Lek. Warsz. Warszawa.

Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich.

(Przedruk z Nowin społeczno-lekarskich, rocznik II, zeszyt 2, 1928).

Zabezpieczyć lub zabezpieczyć się przed kim, przed czem. Zabezpieczenie lub zabezpieczenie się przed kim, przed czem. Chronić, ochronić lub chronić się przed kim, przed czem. Ochrona lub ochronienie się przed kim, przed czem.

Są to również wyrażenia błędne, naszej mowie obce. Zabezpieczyć, zabezpieczyć się, chronić lub ochronić się nie można przed kim, przed czem, ale tylko — od kogo, od czego. Błąd ten jest bardzo rozpowszechniony w pismach i dziełach lekarskich, np.:

„Towarzystwo Eugeniczne otwiera wkrótce poradnią (!) lekarską również i dla tych, którzy chcą się *zabezpieczyć przed* bezdzietnością w małżeństwie" (zamiast: Towarzystwo Eugeniczne otwiera wkrótce poradnię lekarską również i dla tych, którzy chcą się zabezpieczyć od bezdzietności w małżeństwie).

„Odczyt powinien uwzględnić jeszcze i inne masowe *zabezpieczenia się przed* potomstwem natury mechanicznej i farmakologicznej" (zamiast: Odczyt powinien uwzględnić jeszcze inne zabezpieczenia się masowe natury mechanicznej i farmakologicznej od potomstwa).

„Albo więc zakład nowoczesny nie będzie dawał gwarancji *zabezpieczenia* społeczeństwa *przed* umieszczonymi w nim chorymi przestępczymi lub też będzie musiał.... coraz bardziej zmieniać swój charakter" (zamiast: Albo więc zakład nowoczesny nie będzie dawał gwarancji zabezpieczenia społeczeństwa od umieszczonych w nim chorych przestępczych, lub też będzie musiał... coraz bardziej zmieniać swój charakter).

„Tylko przez kontrolę całości przewodu pokarmowego można dla pewnego stopnia *zabezpieczyć się przed* tego rodzaju ewentualnością" (zamiast: Tylko przez kontrolę... można zabezpieczyć się od tego rodzaju ewentualności).

„Dzięki interwencji H...a, pragnącego *zabezpieczyć* te zwierzęta *przed* rabunkową gospodarką, namiestnictwo galicyjskie wydało zakaz polowania na nie" (zamiast: Dzięki interwencji H...a, pragnącego zabezpieczyć te zwierzęta od gospodarki rabunkowej, namiestnictwo galicyjskie wydało zakaz polowania na nie).

„Pierwszy (Pasteur) *ochronił* zwierzęta *przed* cholerą kurzą lub wąglikiem przy pomocy osłabianych kultur tych mikrobów" (zamiast: Pierwszy ochronił zwierzęta od choroby kurzej lub wąglika zapomocą osłabianych kultur tych mikrobów).

„Sądzimy, że system niemiecko-wielkopolski nie *chroni* lekarzy kasowych *przed* widmem upadku wiedzy lekarskiej" (zamiast: Sądzimy, że systemat niemiecko-wielkopolski nie chroni lekarzy kasowych od widma upadku wiedzy lekarskiej).

„Autor dochodzi do wniosku, że zapobiegawcze uodpornienie, nie *chroniąc przed* zakażeniem miejscowem, jest pewnym sposobem zabezpieczenia od zakażenia krwi w okresie połogowym" (zamiast: .... uodpornienie zapobiegawcze, nie chroniąc od zakażenia miejscowego, jest pewnym sposobem zabezpieczenia...).

„Lekarz nie będzie karany, o ile przerwie ciążę, ażeby *ochronić* kobietę *przed* niebezpieczeństwem utraty życia, albo *przed* trwałą a ciężką szkodą dla zdrowia" (zamiast: Lekarz nie będzie karany o ile przerwie ciążę, żeby ochronić kobietę od niebezpieczeństwa utraty życia, albo od trwałej a ciężkiej szkody dla zdrowia).

„Celem więc ubrania względnie (!) owinięcia noworodka i niemowlęcia jest *ochrona przed* zbytnią utratą ciepła, które ustrój sam wytwarza" (zamiast: Celem więc ubrania alboteż owinięcia noworodka i niemowlęcia jest ochrona od zbytniej utraty ciepła...).

„Dla *ochrony przed* muchami latem... można przykryć cały wózek lub łóżeczko gazą lub tiulem" (zamiast: Celem ochrony od much latem...).

„*Chronienie* dziecka *przed* powietrzem i wiatrem podobne jest do cieplarnianego hodowania rośliny" (zamiast: Chronienie dziecka od powietrza i wiatru...).

„Lud nasz uważa (karmienie piersią) na ogół za dostateczną *ochronę przed* tą chorobą (krzywicą)" zamiast: Lud nasz uważa za dostateczną ochronę od tej choroby).

„Dlatego należy każde niemowlę *chronić* pieczołowicie *przed* zetknięciem się z każdem dzieckiem, które ma nieżyt nosa" (zamiast: Dlatego należy każde niemowlę chronić pieczołowicie od zetknięcia się z każdem dzieckiem, które ma nieżyt nosa).

Bronienie się przed czem. Wzbraniać się przed czem. Wahać się przed czem.

Są to tak samo wyrażenia niewłaściwe. Po polsku mówić należy: Bronienie się od czego. Wyrażenie zaś „wahać się" wymaga słowa w trybie bezokolicznym jako dopełniacza.

Oto kilka przykładów błędów tych z pism i dzieł lekarskich:

„*Wzbrania się* (chory) *przed* napojami" (zamiast: Wzbrania się przyjmowania napojów).

„Odgrywają one (leukocyty) pewną rolę przy (!) trawieniu i mają u człowieka... bardzo ważne zadanie *bronienia go przed* zarazkami" (zamiast: Odgrywają one pewną rolę podczas trawienia i mają u człowieka... bardzo ważne zadanie bronienia go od zarazków).

„ Dla (!) dokładnego określenia płci autor nie *waha się przed* operacyjnem (?) wycięciem przez otwarcie jamy brzusznej kawałeczka gonady do badania histologicznego" (zamiast: Celem dokładnego określenia płci autor nie waha się wyciąć przez otwór jamy brzusznej kawałeczka gonady do badania histologicznego).

Śledzić za kim, za czem. Poszukiwać za kim, za czem. Szukać za kim, za czem.

Są to rusycyzmy i germanizmy zupełnie językowi polskiemu obce. Poprawnie mówi się: śledzić kogo, co, poszukiwać kogo, czego, szukać kogo, czego.

Z błędem tym w pismach i dziełach lekarskich można się spotkać bardzo często, np.:

„W Ameryce w razie stwierdzenia choroby zakaźnej... *śledzi się za* roznosicielami i wydzielaczami zarazków" (zamiast: W Ameryce... śledzi się roznosicieli i wydzielaczy zarazków).

„*Śledząc* zaś *za* wiekiem, w który przestępcy młodociani poddali się tatuowaniu, przekonałem się, że najczęściej zdarzało się to między 9 a 15 rokiem ich życia" (zamiast: Śledząc zaś wiek, w którym przestępcy młodociani poddali się tatuowaniu, przekonałem się...).

„Sądzę, że lekarz powinien po założeniu metreuryntera *śledzić za* rozszerzeniem się ujścia macicznego" (zamiast: ...lekarz powinien... śledzić rozszerzenie się ujścia macicznego).

„Znajomość tych zaburzeń chorobowych jest dla znawcy ważna dlatego, aby umiał *za niemi śledzić*" (zamiast: ...ważna dlatego, aby umiał je śledzić).

„Trzeba nauczyć się pamiętać nietylko kształty, spoistość, wielkość, różne odcienie zabarwienia wykwitów i ich umiejscowienie, lecz dokładnie z dnia na dzień *śledzć za* ich rozwojem, zmianami wstecznemi i zejściem ostatecznem" (zamiast: ...lecz dokładnie... śledzić ich rozwój, zmiany wsteczne i zejście ostateczne).

„W tym celu będzie znawca (!) *poszukiwał* za przemijającemi lub trwałemi znamionami odbytego porodu" (zamiast: W tym celu znawca będzie poszukiwał przemijających lub trwałych znamion odbytego porodu).

„A *poszukiwanie za* nim (podręcznikiem) nie ustaje" (zamiast: A poszukiwanie jego nie ustaje).

„Jeżeli więc zachodzi potrzeba stwierdzenia płci, *poszukujemy za* gruczołami płciowemi" (zamiast: Jeżeli więc zachodzi potrzeba stwierdzenia płci, poszukujemy gruczołów płciowych).

Musi znawca *poszukiwać za* możliwemi zmianami anatomicznemi w postaci drobnych obrażeń" (zamiast: Znawca musi poszukiwać możliwych zmian anatomicznych...).

„*Szukając za* przyczynami rozpowszechnienia używania alkoholu dochodzi się do wniosku, że główną przyczyną jest ustrój dzisiejszego świata" (zamiast: Szukając przyczyn rozpowszechnienia używania alkoholu, dochodzi się do wniosku...).

Wykonuje, wykonywuje, dokonuje, dokonywuje, przekonuje, porównuje, oddziaływuje, wyrównuje, dorównuje.

W pismach i dziełach lekarskich, zwłaszcza wydawanych w Małopolsce, zdarzają się często błędy w odmianie konjugacyjnej takich słów, jak: *wykonywać, dokonywać, porównywać, przekonywać, oddziaływać, wyrównywać, dorównywać* i t. p. Zamiast oddawna znanej prawidłowej ich odmiany w czasie teraźniejszym liczby pojedyńczej: *wykonywa, dokonywa, przekonywa, oddziaływa, wyrównywa, dorównywa*, a liczby mnogiej: *wykonywają, dokonywają, porównywają, przekonywają, oddziaływają, wyrównywają, dorównywają*, weszły w powszechne użycie w Małopolsce, a z niej i do innych dzielnic Polski formy błędne: *wykonuje, wykonywuje, dokonuje, porównuje, porównywuje, przekonuje, przekonywuje, oddziałuje, oddziaływuje, pokonuje, pokonywuje, wyrównuje, dorównuje, wykonują, dokonują, porównują, porównywują, przekonują, przekonywują, oddziałują, oddziaływują, pokonują, pokonywują, wyrównują, wyrównywują, dorównują, dorównywują.*

Oto przykłady tych tak częstych i szpetnych błędów:

„Pomagała mu (dr. Heiderowi) pewna apteka, *wykonując* wbrew przepisom prawnym jego recepty" (zamiast: Pomagała mu pewna apteka, wykonywając ...jego recepty).

„Jedni z nich (z chorych) godzinami leżą bezwładnie na posłaniu... lub też *wykonują* kończynami, tułowiem bezcelowe ruchy (!)" (zamiast: ...lub też wykonywają... ruchy bezcelowe).

„W wypadkach wojny ...z pośród lekarzy dentystów, *wykonywujących* jedynie prywatną praktykę dentystyczną, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych może ...dopuścić do pełnienia czynności lekarsko-dentystycznych ...osoby, nie będące obywatelami Państwa Polskiego" (zamiast: ...z pośród lekarzy dentystów, wykonywających jedynie prywatną praktykę dentystyczną...).

„Czynności sanitarno-policyjne... Delegat *wykonuje* w charakterze Naczelnika Wydziału Zdrowia Publ. z polecenia Wojewody..." (zamiast: Czynności sanitarno-policyjne... Delegat wykonywa w charakterze Naczelnika...).

„Od kilku lat na oddziale położniczym *wykonujemy* u pierwiastek ze ścieśnieniem miednicy cięcie cesarskie ze względu na dziecko" (zamiast: ...na oddziale położniczym wykonywamy u pierwiastek, mających miednicę ścieśnioną, cięcie cesarskie ze względu na dziecko).

„*Wykonuje* się 2—3 zastrzyki (resorcyny)" (zamiast: Wykonywa się 2—3 zastrzyknięcia...).

„Przedtem *wykonuje* się zwykle odmę brzuszną" (zamiast: Przedtem wykonywa się zwykle odmę brzuszną).

„Za specjalistów należy uważać lekarzy, którzy *wykonują* praktykę wyłącznie w jednym dziale medycyny" (zamiast: Za specjalistów należy uważać lekarzy, którzy wykonywają praktykę wyłącznie w jednym dziale medycyny).

„Po sfotografowaniu róg macicy wraz z trąbką poddano badaniom histologicznym, *wykonywując* kolejno skrawki co 15 mikronów" (zamiast: ...wykonywając skrawki...).

„Wachholz... surowo piętnuje lekarzy, *wykonywujących* ten zabieg (spędzenia płodu) bez odpowiednich wskazań" (zamiast: Wachholz... surowo piętnuje lekarzy, wykonywających ten zabieg...).

„Następnie *wykonuj* zgięcia ramion w stawach łokciowych" (zamiast: Następnie wykonywaj zgięcia ramion w stawach łokciowych).

„Przechodząc do kwestji malowania odlewów, które *wykonuje* odrębną metodą, chciałbym poprzednio wspomnieć o innych metodach" (zamiast: Przechodząc do kwestji malowania odlewów, które wykonywam metodą odrębną...).

„Oczywiście, wszyscy wiemy, że lekarze *dokonywują* poronienia (!) zupełnie otwarcie, o ile chodzi o ratowanie życia, względnie (!) zdrowia matki" (zamiast: Oczywiście, wszyscy wiemy, że lekarze dokonywają poronień zupełnie otwarcie, o ile chodzi o ratowanie życia, alboteż zdrowia matki).

„Ustalenia tych śladów *dokonują* zwykle władze śledzcze" (zamiast: Ustalenia tych śladów dokonywają zwykle władze śledcze).

„Liczne, *przekonywujące* tego dowody (wyleczenia po zastosowaniu proteinoterapji) zaznaczają się w zakresie chorób ocznych" (zamiast: Liczne przekonywające tego dowody zaznaczają się w zakresie chorób ocznych).

„Zaleciłem mu (choremu) przyrodolecznictwo, stanowczo *przekonywujące go*, by uważał siebie za zupełnie zdrowego" (zamiast: Zaleciłem mu przyrodolecznictwo, stanowczo go przekonywając, by uważał się za zupełnie zdrowego).

„Te przypuszczenia autorów wydają się *nieprzekonywujące* gdyż historje chorób nie usuwają i w tych przypadkach podejrzenia o istnienie innych ognisk" (zamiast: Te przypuszczenia autorów wydają się nieprzekonywające...).

„Z krótkiego tego rzutu oka na działalność Charcota wynika w sposób *przekonywujący* wielkie znaczenie anatomji dla neurologa" (zamiast: ...w sposób przekonywajacy).

„Jako drugi dowód *przekonywujący* może służyć spostrzeżenie lekarzy, że właśnie te dzieci... częściej zapadają..." (zamiast: Jako drugi dowód przekonywający może służyć spostrzeżenie...).

„Mimo to *porównując* tablice różnych autorów, ...widzimy bardzo znaczne różnice" (zamiast: Mimo to porównywając tablice różnych autorów, ...widzimy bardzo znaczne różnice).

„F. Munk przychyla się do tych zapatrywań i *porównuje* hipertonję starszych mężczyzn do stanu klimakterycznego kobiet" (zamiast: F. Munk ...porównywa hipertonję starszych mężczyzn do stanu klimakterycznego kobiet).

„Przyczynę zatrzymania moczu (u chorych, dotkniętych włókniakami macicy) autorzy *porównują* z mechanizmem zaburzenia oddawania moczu, które spostrzegamy w 3-cim miesiącu ciąży" (zamiast: Przyczynę zatrzymania moczu autorzy porównywają z mechanizmem zaburzenia oddawania moczu...).

„*Porównywując* pozatem chyżość opadania krwinek, autor sądzi, że próby chwiejności koloidalnej... dają w ginekologji cenne wskazówki w rozpoznawaniu i rokowaniu" (zamiast: Porównywając pozatem chyżość opadania krwinek, autor sądzi...).

„Bychowski *porównuje* cały układ endokrynny z orkiestrą symfoniczną, w której rola dyrygującego przypada gruczołom płciowym" (zamiast: Bychowski porównywa cały układ endokrynny...).

„Akuszerka powinna... *porównywując* własne spostrzeżenie z doświadczeniem innych, coraz więcej w swej sztuce doskonalić się" (zamiast: Akuszerka powinna... porównywając własne spostrzeżenia z doświadczeniem innych...).

„Sellheim *porównuje* to sztuczne rozwarcie się jajowodów z naturalnym objawem rozwierania trąbki" (zamiast: Sellheim porównywa to sztuczne rozwarcie się jajowodów...).

„Drogą rzeczowej dyskrecji... *wyrównuje się* różnice zapatrywań..." (zamiast: Drogą dyskrecji rzeczowej... wyrównywa się różnice zapatrywań...).

„Rothmann obserwował powoli ujawniające się i kilka dni trwające obniżenia się ciśnienia krwi, które *wyrównuje się* i po-

wraca do normy dopiero przy (!) pojawiającej się pigmentacji" (zamiast: Rothmann spostrzegał obniżenie się ciśnienia krwi, które ujawniając się powoli i trwając dni kilka, wyrównywa się i wraca do normy podczas pojawiającej się pigmentacji).

„Zniekształcenia czaszki *wyrównują się* zawsze same bez żadnej pomocy" (zamiast: Zniekształcenia czaszki wyrównywają się zawsze same bez żadnej pomocy).

„W normalnych warunkach około 1-go roku życia oba pomiary *wyrównują się*" (zamiast: W warunkach normalnych około 1-go roku życia wyrównywają się oba pomiary).

„Z pośród zwierząt nie brak okazów z okresami długowiecznego życia, aczkolwiek nie *dorównywującego* wiekowi wymienionych roślin" (zamiast: Z pośród zwierząt nie brak okazów z okresami życia długowiecznego, aczkolwiek nie dorównywającego wiekowi wymienionych roślin).

„Kobiety *oddziaływują* nań (na przewrót w układzie wydzielniczym i wegetacyjnym) zaburzeniami naczyniowemi" (zamiast: Kobiety oddziaływają nań zaburzeniami naczyniowemi).

„Źrenice średnioszerokie, równe, okrągłe na światło *oddziaływują* leniwie" (zamiast: Źrenice ...oddziaływają leniwie na światło).

„Schorzenia te *oddziaływują* dobrze na przetwory salicylowe i działanie ciepła" (zamiast: Schorzenia te oddziaływają dobrze na przetwory salicylowe i działanie ciepła).

„Lekarze mało tem interesują się, jak *oddziaływuje* jednostka chora na bliższe i dalsze otoczenie i jak to otoczenie *oddziaływuje* na chorego" (zamiast: Lekarze mało się tem interesują, jak oddziaływa jednostka chora na bliższe i dalsze otoczenie i jak to otoczenie oddziaływa na chorego).

„Już dzisiaj wiadomo, że zbyt kwaśno *oddziaływująca* wydzielina pochwowa jest jednym z poważnych czynników szkodliwych dla żywotności plemnika" (zamiast: Już dzisiaj wiadomo, że wydzielina pochwowa, zbyt kwaśno oddziaływująca, jest jednym z poważnych czynników szkodliwych dla żywotności plemnika).

„Unikanie wpływów niekorzystnie *oddziałujących* na narządy głosowe" (zamiast: Unikanie wpływów, niekorzystnie oddziaływających na narządy głosowe).

„Brak tego wpływu *oddziałuje* na mutację" (zamiast: Brak tego wpływu oddziaływa na mutację).

„Następnie pamiętając dobrze o położeniu macicy... wprowadzaliśmy do macicy ostrożnie, nie *pokonywując* oporów, cienką nasadkę, dopasowaną do strzykawki Ricorda" (zamiast: ...wprowadzaliśmy ostrożnie do macicy, nie pokonywając oporów, cienką nasadkę...).

OCENY.

Henri Lecler: *Les légumes de France.* **Leur histoire, leurs** usages alimentaires, leurs vertus thérapeutiques. Masson et Cie. Paris 1927. 257 str. 8°. 16 Fr. Autor lekarz, zwolennik jarskiego odżywiania podaje, w 36 rozdziałach dzieje uprawy 35 jarzyn rosnących we Francji (rozdział ostatni omawia zbiorowo jarzyny dzikie), oraz ich wartość odżywczą w całokształcie dzisiejszego odżywiania. W formie lekkiej, często pełnej humoru, zebrano wiele cytatów, legend i opowiadań z dziejów medycyny i nauk przyrodniczych, dowodzących szerokiego rozpowszechnienia się jarzyn i ich stosowania w lecznictwie od czasów przedhistorycznych do ostatniej doby, wśród ludów całego świata. W każdym z rozdziałów dowodzi autor słuszności swego założenia wydobywszy z zapomnienia wiele z dawnej wiedzy starych ksiąg lekarskich, opartej o baczną obserwację licznych pokoleń. To powiązanie poglądów świata starożytnego i średniowiecza z badaniami laboratoryjnemi stulecia wierzącego tylko w eksperyment czyni jak najmilsze wrażenie i sprawia, że książkę czyta się jak zajmującą powieść. Dziełko to ma więc prócz swych walorów artystycznych dużą wartość jako propaganda racjonalnego odżywiania i wartości witaminów zawartych w jarzynach.

Józef Fritz (Lwów).

Médecin inspecteur général A. Mignon: *Le service de santé pendant la guerre 1914—1918.* Paryż 1927. Wydawca: Masson i Sp. Niemożliwą jest rzeczą podać w krótkiem sprawozdaniu ocenę i treść czterotomowego dzieła, którego każdy tom obejmuje prawie 700 stron druku, ograniczyć się więc wypada do najbardziej ogólnikowych uwag. Autor, który był z początku wojny szefem sanitarnym III-ej armji francuskiej, operującej w Argonach, a następnie kierował akcją sanitarną pod Verdun, przedstawia w swej pracy obraz olbrzymiego dzieła, jakiego dokonała służba zdrowia armji francuskiej podczas wielkiej wojny od pierwszego aż do ostatniego dnia kampanji.

W tomie I-szym opisane są zaczątki organizacji działalności lekarsko-chirurgicznej od pierwszych bitew w r. 1914 i ulepszenie jej z chwilą ustalenia się frontu. Na podstawie własnego doświadczenia zbija autor utrzymujące się dziś twierdzenie, że w pierwszym roku wojny służba sanitarna pracowała chaotycznie. Wytyczną w tym kierunku był regulamin służby zdrowia, opracowany szczegółowo w czasie pokoju na podstawie długoletnich rozważań i precyzyjnie przeprowadzanych gier wojennych — dziwić się nie można, że nie przewidziane ulepszania środków technicznych walki i powstające stąd sytuacje na froncie powodowały nieraz pewne braki i niedomagania, które z początku z braku praktycznego doświadczenia nie dawały się łatwo usuwać. Z chwilą ustalenia frontu oparła służba zdrowia swoją organizację lekarską i chirurgiczną w strefie przyfrontowej na wzorach i regułach pokojowych, które nie zawsze dały się dostosować do wymagań wojennych. Pierwsze przepisy chirurgji wojennej opracowane zostały przez pracujących w ambulansach chirurgów, wspólnie z członkami towarzystw naukowych.

Epidemja duru brzusznego, która w r. 1914/15 najwięcej dawała się we znaki armji, jak długo nie były zorganizowane szczepienia ochronne, osłabła znacznie z chwilą wprowadzenia przymusowego tych szczepień.

Cały II-gi tom zawiera szczegóły ofenzywy niemieckiej pod Verdun z bardzo dokładnym opisem działalności służby zdrowia na tym odcinku. Brak było dotychczas opisu tych ogromnych wysiłków i trudności, jakie miał do pokonania sanitarjat francuski, aby podołać piętrzącym się przed nim z dnia na dzień zadaniom, które dyktowała sytuacja wojenna pod Verdun. Lukę tę w literaturze wojskowo-lekarskiej wypełnia znakomicie dzieło gen. Mignon, który kierował służbą zdrowia w najkrytyczniejszej fazie tych walk — a opisy jego świadczyć będą na zawsze o chlubnem spełnieniu zadań ze strony personalu sanitarnego.

W tomie III-cim opisana jest działalność służby zdrowia podczas bitew nad Sommą i Aisne'ą, we Flandrji i w czasie działań zaczepnych i obronnych w r. 1918. Szczegółowo podane są dla każdej armji plany ewakuacji rannych i rozmieszczenie ich w szpitalach. Liczba rannych, ewakuowanych z frontu i zatrzymanych celem leczenia w obrębie armji podana jest ściśle na podstawie dokumentów wojskowego biura historycznego.

Rozdziały o walce gazowej są ze zrozumiałych powodów przedstawione z pewną powściągliwością — jednak na tyle jasno, że można z nich uchwycić skutki działalności poszczególnych gazów trujących i sposoby i środki, jakie stosowano bądźto w celach zapobiegawczych, bądź też dla ratowania zagazowanych.

Tom IV-ty daje nam obraz rozwoju, jaki przeszła służba zdrowia od początku wojny do października 1918 r., by dostosować się do wymagań jakie stawiały co raz to nowe warunki strategiczne i ciągle ulepszane w czasie wojny metody lecznicze. Pracowały nad tym rozwojem nietylko kierownicze organa sanitarjatu wojskowego wraz ze sztabem generalnym, ale także wydziały lekarskie uniwersytetów, instytut Pasteura, naukowe towarzystwa lekarskie a wreszcie krajowe i zagraniczne towarzystwa opieki nad rannymi. Rozwinęła się zwłaszcza chirurgja wojenna, która po licznych wahaniach ustaliła wreszcie zasady, jakich należało się trzymać przy zaopatrywaniu rannych przed ich ewakuacją z frontu. Ustalono również z biegiem czasu regulaminowe wprost przepisy higjeny zbiorowej i osobistej na froncie, które przyczyniły się do zmniejszenia śmiertelności wskutek chorób zakaźnych w stopniu, jakiego nie osiągnięto w żadnej z poprzednich wojen.

Dzieło gen. Mignon — to pomnik wystawiony po wieczne czasy wojskowemu sanitarjatowi francuskiemu. Życzyćby sobie należało, by w podobny szczegółowy sposób opracowały działalność służby zdrowia w wojnie światowej wszystkie państwa, biorące w niej udział — wtedy dopiero okazałoby się, jaki ogrom umiejętnie zorganizowanej pracy, głębokiej wiedzy, ofiarności i poświęcenia złożyli lekarze wszystkich państw w ofierze walczącym armjom. Przyznaliby może wtedy i ci, którzy dotychczas jeszcze nie chcą w wojsku przyznać lekarzom wojskowym, stanowiska równorzędnego z „kombatantami", że szczęśliwy wynik wojny zależy nie tylko od generalnego kierownictwa strategicznego wojsk — ale że lwia część zasług przypada w tem i lekarzom dzięki którym ogromny, bo prawie do 90% w niektórych państwach dochodzący procent rannych i chorych żołnierzy wracał po wyleczeniu z powrotem w walczące szeregi i uzupełniał stale powstające luki na froncie — a walczące po obu stronach miljony żołnierzy nie zostały tak, jak to bywało w dawniejszych wojnach, zdziesiątkowane przez grożące różnego rodzaju epidemje — a ludność cywilna krajów została przez nie w małym tylko stosunku dotknięta.

Ze strony całego świata lekarskiego należy się gen. Mignon wdzięczność, że zebrał w swym dziele i szczegółowo opisał te olbrzymie zmagania się z trudnościami i wysiłki lekarzy skierowane ku jednemu celowi: by walczące armje uwolnić jak najprędzej od balastu rannych i chorych, tych zaś przewieźć możliwie szybko przy pomocy jak najwygodniejszych środków transportowych do zakładów sanitarnych a tu dać im jak najlepszą pomoc i opiekę lekarską, by jak najśpieszniej uczynić ich znowu zdolnymi do służby na froncie.

Księgarni wydawniczej Masson i Ski, znanej już szeroko w kołach lekarskich, należy się uznanie za bardzo staranne wydanie tego dzieła.

Dr. I. Zieliński.

Mering-Krehl. *Podręcznik chorób wewnętrznych.* Opracowali: Bergmann, de la Camp, Gumprecht, Hirsch, His, Fr. Kraus, Krehl. Matthes, Minkowski, Moritz, Müller, Naegeli, Romberg, Winternitz. Tom I, zeszyt III. Tom II, zeszyt IV i V *). Przetłumaczyli Dr. Bronisław Handelsman i Dr. Józef Luxemburg. Wydawnictwo Naukowe Wiedza. Warszawa 1927.

Treść zeszytu III-go: Choroby ust, gardła i przełyku. Choroby żołądka. Choroby jelit i otrzewnej. Choroby wątroby i dróg żółciowych. Choroby trzustki. (Tłumaczył Dr. Br. Handelsman).

Treść zeszytu IV-go: Choroby nerek i dróg moczowych. Choroby gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (Tłumaczył Dr. Br. Handelsman). Choroby krwi (Tłumaczył i uwagą o odczynie Biernackiego uzupełnił Dr. J. Luxemburg).

Treść zeszytu V-go: Zaburzenia przemiany materji (z uzupełnieniem tłumacza o leczeniu cukrzycy insuliną i syntaliną). Awitaminozy i choroby pokrewne Niektóre zboczenia konstytucjonalne i skazy. Tak zw. choroby gośćcowe. Fizykalne przyczyny chorób i działania lecznicze. Najważniejsze pod względem klinicznym zatrucia (Tłumaczył Dr. Br. Handelsman). O pochodzeniu urazowem chorób wewnętrznych i ich ocenie w myśl ustawy o wypadkach przy pracy i o inwalidztwie (Tłumaczył i danemi z ustawodawstwa polskiego oraz tabelami do określania stopnia utraty zdolności do pracy — według źródeł polskich uzupełnił — Dr. J. Luxemburg).

Trudne zadanie przełożenia tego dzieła zostało wykonane starannie; nakładem wielkiej sumienności i pracy uzyskali tłumacze wykład płynny i łatwo zrozumiały.

Możemy więc powtórzyć motywy, które w ocenie pierwszych zeszytów zaleciły to dzieło lekarzom i studentom polskim.

Sn. Sg.

*) Ocena zeszytu I i II p. P. Gaz. Lek. Nr. 18 z dnia 1. V. 1927 roku.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok III, zeszyt 3—4, z marca 1928: Ubezpieczenia społeczne w Polsce w r. 1926. Opracowane w Ministerstwie pracy i opieki społecznej.

Przegląd antropologiczny, tom II-gi, zeszyt IV, z r. 1927: A. Wrzosek: Asymetrja twarzy. — T. Wolińska i H. Pruska: Obwody podudzia oraz długość i szerokość stopy u uczniów i uczennic szkół poznańskich ze szczególnem uwzględnieniem asymetrji tych pomiarów.

Lekarz wojskowy, tom X, nr. 5—6, za listopad-grudzień 1927: J. Fegler: Badania doświadczalne nad wpływem zatrucia trójnitrotoluolem na narządy krwiotwórcze. — B. Bartenbach: Doświadczalne podstawy tlenoterapji. — Z. Łapkowski: O wartości leczniczej podskórnego stosowania tlenu. — W. Jamrucz: Trzy przypadki zatrucia gazem benzynowym. — W. Kaliciński: Pierwotny mięsak żołądka (sarcoma — /mesenchymoma malignum — Hornowski/ — polimorphocellulare primarium ventriculi). I. Bochuszewicz: Ewakuacja chorych i rannych a zwycięstwo. — W. Dybowski: Doświadczenia oddechowe w narciarstwie. — F. Białokur: Materjały do opracowania służby zdrowia w powstaniu styczniowem 1863-64 r. — L. Owczarewicz: W odpowiedzi na artykuł dra Grzybowskiego p. t. „Uwagi w sprawie t. zw. syfilimetrji". — W. Popławski: Hormony.

Przemysł chemiczny, rok XII, nr. 3, z marca 1928: K. Smoleński i W. Bądzyński: Upłynnianie asfaltu naftowego metodą Bergiusa. — Z. Szmeja: Przyczynek do badań nad rozpuszczalnością fosforytów w kwasie cytrynowym. — W. Kączkowski: Wytyczne dla badania trwałości wyfarbowań na światło. — J. Trojan: Studjum porównawcze nad dekstrynami zawartemi w słodkim odfermentowanym zacierze gorzelniczym.

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 3, z marca 1928: W. Szafran: Teoretyczne rozważania na temat: Podwójna korona jako uchwyt (zaczepka) częściowych dostawek ruchomych. — B. Rosiński: Z badań nad dziedzicznością u człowieka.

Zdrowie, rok XLIII, nr. 4, za kwiecień 1928: Dr. Polak: Od redakcji. — J. Cwojdzińska: Ocena porównawcza chleba wypiekanego w Warszawie. Poznaniu i Krakowie. — M. Hryniewicz: Badania bakterjologiczne mleka rynkowego w Warszawie. Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej rok wyd. V. 1927. — Ubezpieczenia a propaganda higjeny.

Ginekologja Polska, tom VII, zeszyt I—II za styczeń-marzec 1928: A. Rosner: Praktyczne uwagi w sprawie rozpoznania i leczenia „Hyperemesis gravidarum". — A. Wojciechowski: Niektóre schorzenia jelit grubych w związku z ginekologją. — B. Grzankowski: Przypadek zakażenia paciorkowcowego po poronieniu, zakończony wyzdrowieniem po leczeniu surowicą antytoksyczną. — I. Laskowski: Ocena i rozbiór teorji Monsiorskiego patogenezy mięśniaków. — Z. Monsiorski: W sprawie oceny i rozbioru mej teorji patogenezy mięśniaków przez Dr. J. Laskowskiego. — M. Seidler: Przypadek raka kikuta części pochwowej macicy. — A. Garbień: Uszkodzenie połączeń kości miednicy w czasie porodu. — W. Szenwic i H. Adelfang: W sprawie zniekształcenia miednicy po przebytej chorobie Heine-Medina. — K. Klein: Przypadek naczyniaka łechtaczki. — K. Zaleski: Zachowanie się odczynu Dicków w położnictwie i ginekologji. — S. Martyński: O diatermji. — N. Grynberg: Ciąża jako moment etjologiczny powstania moczówki prostej (diabetes insipidus). — H. Beck: O leczeniu zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych. — Streszczenia.

Wiadomości weterynaryjne, tom VII, nr. 92 za marzec 1928: J. Kulczycki: Leczenie chirurgiczne nimformanji u klaczy drogą kastracji i wycięcia łechtaczki. — Statystyka weterynaryjna wojska za rok 1926. — Streszczenia i oceny. — K. Millak: Francuska akademja weterynaryjna.

Pedjatrja Polska, tom VIII, zeszyt 1, za styczeń-luty 1928: Bogdanowicz i Szenajch: Ocena zespołów objawowych w płonicy w związku z leczeniem surowicą swoistą. — Bogdanowicz i Szenajch: O wartości leczniczej surowicy przeciwpłoniczej. — Bogdanowicz i Szenajch: Szybkość występowania odczynów skórnych w płonicy i ich znaczenie prognostyczne w stosunku do powikłań.

Opieka nad dzieckiem, rok VI, nr. 1, za styczeń-luty 1928: M. Zachert: Jaglica w zakładach opiekuńczych. — S. Adamowiczowa: Ze studjów nad alkoholizmem wśród dzieci. — J. Ryngmanowa: O los dziecka bezdomnego. — J. Cz. Babicki: Krzywda dziecka w zakładzie opiekuńczo-wychowawczym.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, zeszyt 7, z r. 1928: E. Piasecki: Wychowanie fizyczne w Europie. — E. Soboczyński: O Związek dla spraw szpitalnictwa. — A. Krzyczkowski: Ku uwadze lekarzy starszych wiekiem i rodzin.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo

1928. nr. 2.

Blassberg i Cohen: *Ślepcy i masażyści.* Państwo powinno założyć centralną szkołę dla ciemnych masażystów a społeczeństwo popierać ich krajową organizację, jak to już ma miejsce w Anglji.

E. Sós: *Projekt reformy austrjackiej i niemieckiej ustawy karnej z punktu widzenia lekarskiego.* Memorandum, wniesione przez Wiedeńską Izbę lekarską do Rady narodowej (parlamentu) w sprawie tej reformy żąda przyjęcia do kodeksu wskazania lekarskiego do przerwania ciąży jakoteż do uśmiercania płodu (perforatio, decapitatio, evisceratio) w razie niebezpieczeństwa, grożącego bezpośrednio matce. Ustawa niemiecka taki paragraf przyjmuje, austrjacka zaś nie, toteż memorandum Izby lekarskiej żąda przyjęcia paragrafu zezwalającego lekarzowi na przeprowadzenie sztu-

cznego poronienia, jak to uczyniły już ustawy karne innych państw. Przytoczona rozprawa dra Altmanna (Die Fruchtabtreibung, Wiedeń 1928) omawia głównie wskazanie społeczne i eugeniczne dla sztucznego poronienia i żąda przyjęcia następującego paragrafu do kodeksu karnego: Lekarz, który wywołuje poronienie albo uśmierca płód w macicy, nie będzie karany, jeśli chce uniknąć nie dającego się w inny sposób usunąć niebezpieczeństwa życia lub poważnej szkody dla zdrowia ciężarnej.

Francuzow: *Wyprawa lekarsko-sanitarna przez Mongolję.* Ekspedycja, którą wyprawił we wrześniu 1926 r. Z. S. S. R. pod kierownictwem dra Francuzowa, składała się z 7 lekarzy i 8 uczestników pomocniczych. Autor szkicuje kraj, ludność, życie normadów, stosunki zdrowotne, lekarzy lamów i ich medycynę. Choroby weneryczne są b. rozpowszechnione w Mongolji. Medycyna i środki lekarzy lamów przypominają zupełnie środki medycyny magicznej czasów starożytnych i średniowiecznych. Posiadają jednak i liczne środki roślinne. których i my używamy n. p. makowiec. Są też lekarze chirurdzy i położnicy, którzy posługują się kilku instrumentami, jak rodzaj kateteru do spuszczania moczu, instrument do punkcji jam i nóż do rozkawałkowania płodu. Poród odbywa się w pozycji siedzącej a krewni podtrzymują rodzącą. Pod rodzącą podścielają owcze łajno, łożysko zagrzebuje się w miejscu porodu w namiocie. Noworodkowi daje się z początku kawał owczego ogona do ust, poczem dopiero przykładają go do piersi matczynej. Jeśli poród nie postępuje naprzód, lekarz lama stosuje modły i proszki a jeśli i to nie pomaga, wzywa się położnika, który uderzeniami w okolicę krzyżową stara się zmieniać kierunek płodu albo wreszcie lancowatym nożem rozkawałkuje i wyciąga płód. C. d. n.

Kramarenko: *O raku roślin.* Na klinice Gosseta w Paryżu urządzona jest specjalna pracownia celem badania raka roślin, którą kieruje fitopatolog Magron. Hodowlami z bacterium tumefaciens szczepi się łodygi „pelargonium zonale", na których wyrastają nowotwory do wielkości śliwki a nawet większe. Gosset i Magron przezszczepiają i operują te nowotwory, które dają nawroty, przerzuty, wywołując charłactwo roślin, zupełnie jak u zwierząt. Kramarenko prowadzi od marca 1927 r. te same doświadczenia na Ukrainie. Po wstrzyknięciu emulsji wymienionych hodowli pod korę roślin wychodzą guzy po $2^1/_2$ miesiącach. Przez przypadek autor wkłuł sobie raz nieco pod skórę palca, lecz po upływie już pół roku nie było żadnej reakcji. Prócz bacterium tumefaciens są jeszcze inne, które wywołują nowotwory roślin i niektórzy fitopatologowie jak Smith w Ameryce wykazali wielkie podobieństwo pomiędzy rakiem roślin i zwierząt. Blumenthal wszczepił nawet ludzkie hodowle roślinom i otrzymał typowe nowotwory, które przenosił znowu na zwierzęta, co również innym badaczom się udawało. Na podstawie tych doświadczeń podtrzymują Smith i Borell teorję pasożytniczą w tworzeniu się raka.

Dr. Fels.

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH — ZJAZDY

Radomskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie dnia 25 lutego 1928 r.

Przewodniczący Kol. Szczepaniak.

Obecnych 17 kol.

1. Kol. L. Finkelstein wygłosił referat p. t. *„Walka zapobiegawcza z gruźlica i szczepienia ochronne prątkami B. C. G.".* *W dyskusji* zabierali głos: Kol. Zabner, Neuman i Szczepaniak.

2. Kol. Pelczyński wygłosił referat p. t. *„Uwagi do ustawy o zwalczaniu gruźlicy". Po dyskusji,* w której zabierali głos Kol. Olewiński, Finkelstein, Szczepaniak i Parniewski — uchwalono wystosować do odnośnych władz memorjał z uwagami o zastosowaniu tej ustawy na terenie radomskim.

Na tem posiedzenie zakończono.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Warszawa.

W dniu 26. XI. 1927 r. odbyło się Walne Zebranie członków Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego, na którem między innemi zdecydowano zwrócić się do Redakcji pism lekarskich polskich z uprzejmą prośbą o wydrukowanie następujących wniosków, jednogłośnie uchwalonych na Zebraniu: 1. Walne Zebranie członków P. L. T. R. potępia anonimowe prowadzenie zakładów rentgenologicznych t. j. prowadzenie ich bez podawania nazwiska lekarza kierującego i odpowiedzialnego, lub też z podaniem nazwiska fikcyjnego. Zebranie uważa, że takie prowadzenie zakładów obniża powagę rentgenologji lekarskiej i jest szkodliwe zarówno dla interesów ogółu radjologów polskich jak i dla nauki polskiej wogóle. Uchwała powyższa odnosi się także i do orzeczeń rentg. rozpoznawczych. 2. Walne Zebranie uważa, że w warunkach dzisiejszych w Polsce stałe zatrudnianie w zakładach rentgenologicznych lekarzy cudzoziemców jest niczem nieusprawiedliwione i powinno być surowo potępione. Dyskwalifikuje ono rentgenologję polską wobec zagranicy i jest sprzeczne z prawami państwowemi. Zebranie wzywa członków Towarzystwa do bojkotowania Zakładów, które nie zechcą zastosować się do powyższej uchwały. 3. Załatwianie praktyki prywatnej (płatnej) nawet pod pretekstem ambulatoryjnej w Zakładach Użyteczności Publicznej, państwowych i miejskich powinno być niedopuszczalne. Walne Zebranie wzywa Zarząd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa do wszczęcia kroków u czynników miarodajnych do ustawowego uregulowania tej kwestji.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Z Inicjatywy Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, staraniem zaś Komisji Przemysłowo-Lekarskiej przy tejże Stowarzyszeniu, wyszedł w r. z. „Spis środków leczniczych wyrobu krajowego" w postaci wydanej ozdobnie kartonowanej broszury o 150 stronicach, w układzie alfabetycznym, z podaniem składu chemicznego, wskazań i dawkowania oraz oznaczeniem, jakie przetwory zagraniczne odpowiadają danemu lekowi. Celem wydawnictwa było zapoznanie ogółu lekarzy polskich ze spółczesną wytwórczością krajową i poparcie jej przez danie lekarzom możności zastępowania środków zagranicznych środkami wyrobu krajowego, o ile one nie ustępują obcym swem działaniem i dobrocią, a są nawet zazwyczaj tańsze od przetworów obcych. Spis ten rozesłano w r. ub. wszystkim lekarzom w Państwie. Ponieważ pozostała jeszcze pewna liczba egzemplarzy, przeto niniejszem zwracamy się do Szanownych Kolegów, do Panów Profesorów Klinik, Lekarzy Naczelnych i Ordynatorów Szpitalnych, którzy jeszcze nie otrzymali wspomnianego spisu przetworów i specyfików leczniczych wyrobu krajowego, a życzą sobie otrzymać go, o powiadomienie nas o tem pod adresem: Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Warszawa, Widok 23.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem dwóch lat ubiegłych, w siedzibie swej (Widok 23) serję odczytów z dziedziny klimatoterapji i balneoterapji polskiej. Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. II. Serja odczytów: 1) Piątek dnia 13 kwietnia, godz. $8^1/_2$ wieczorem. Dr. med. Antoni Krassowski Kielce). Solec-zdrój. Dr. Juljusz Flaszen (Truskawiec). Truskawieckie źródło „Naftusia", jako unikat balneologiczny, w naświetleniu chemji ogólnej i fizjologicznej (hipoteza i doświadczenie). 2) Piątek dnia 20 kwietnia, godz. $8^1/_2$ wieczorem. Dr. Józef Zakrzewski (Lwów-Niemirów). O wartościach kąpieli siarczanych i borowinowych w Niemirowie zdroju (woj. Lwowskie). Dyr. J. St. Szczerbiński. Obecny stan ustawodawstwa uzdrowiskowego w Polsce i zagranicą.

Kraków.

Z Towarzystwa Opieki nad psychicznie chorymi. Dnia 21 marca odbyło się pod przewodnictwem protektora Towarzystwa generała Wróblewskiego posiedzenie sekcji propagandy, zorganizowane specjalnie celem zaznajomienia zaproszonych posłów i senatorów z opłakanym stanem szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce a przedewszystkiem w naszem województwie. Po wysłuchaniu referatów prof. dr. Piltza, doc. dr. Morawkiego i doc. Dr. Zielińkiego wywiązała się ożywiona dyskusja z udziałem posłów dra Bobrowskiego, dra Dyboskiego, inż. Mianowskiego i wicewojewody dra Ducha, w której ustalono drogi postępowania u władz centralnych i na terenie sejmowym dla zdobycia funduszów na budowę przytułku dla chronicznych psychicznie chorych. Spełnienie tego najpilniejszego postulatu pozwoli bowiem na wykorzystanie istniejących szpitali, zwolnionych od nieuleczalnie chorych przytułkowych, dla celów właściwego leczenia. Nie mniej jednak ważną jest sprawa poparcia budowy szpitala psychjatrycznego w sąsiednim województwie kieleckiem, którego cho-

rzy obciążają dotąd zakłady krakowskie a dalej stworzenie miejskiej stacji psychjatrycznej w Krakowie dla przyjmowania i leczenia ostrych przypadków.

Lwów.

Wiadomości lekarskie, pod tym tytułem ukazał się pierwszy numer organu Związku lekarzy Kas chorych, jaki zaczął wychodzić we Lwowie pod redakcją Dr. H. Mierzeckiego. Czasopismo to poświęcone jest medycynie praktycznej, społecznej i zawodowej i będzie zawierać wszystko to, co potrzebne jest lekarzom Kas chorych przy wykonywaniu ich trudnego zadania. Pierwszy numer wydany za miesiąc kwiecień 1928, obfituje też w bogatą treść temu założeniu odpowiadającą i przedstawia się okazale. Nowemu wydawnictwu szlemy tą drogą serdeczne Szczęść Boże.

W sprawie specyfików farmaceutycznych. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Departament Służby Zdrowia, odniosło się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o współdziałanie z władzami państwowemi w ich dążeniu do możliwego ograniczenia stosowania w praktyce lekarskiej tych środków leczniczych, a przedewszystkiem specyfików farmaceutycznych pochodzenia zagranicznego, które mogą być bez szkody chorych i z równym pożytkiem zastąpione wyrobami krajowemi i do skłonienia Kolegów Lekarzy do zaniechania stosowania środków niedopuszczonych do obrotu w kraju. Ministerstwo zaznacza, że akcja władz państwowych w tym zakresie bez poparcia sfer lekarskich, a mianowicie ich reprezentacyj zawodowych i naukowych, nie da pożądanego wyniku.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie, otrzymawszy reskrypt ministerjalny z Izby Lekarskiej Lwowskiej, po przeprowadzeniu dyskusji na kilku posiedzeniach, powzięto w dniu 30 marca 1928 uchwałę, aby zwrócić się do ogółu Lekarzy polskich zapomocą niniejszej odezwy z apelem do współdziałania w zwalczaniu nadmiernego używania specyfików, szczególniej pochodzenia zagranicznego. Uznano, że należy zwalczać plagę nadmiernego stosowania specyfików w praktyce lekarskiej. Lekarze przepisują specyfiki, ulegając energicznej reklamie producentów, a po części i dla wygody własnej, niekiedy także na żądanie pacjentów, którym się oprzeć nie chcą, czy nie mogą. Przez takie postępowanie Lekarze pozbawiają się możności indywidualizowania kombinacji leków i dawek i podają chorym środki często przez długie leżenie zepsute (zbytnio wyschnięte, chemicznie zmienione, sfermentowane, zjełczałe, zapleśniałe), które nietylko nie wywierają pożądanego działania, ale mogą wywołać zaburzenia zdrowia. W interesie zdrowia chorych, ale także dla utrzymania sztuki lekarskiej na pożądanej wysokości, powinni lekarze ograniczyć ordynację specyfików do bardzo wyjątkowych przypadków.

O ile idzie o specyfiki zagraniczne, do powyższych motywów dołącza się jeszcze wzgląd obywatelski, który przemawia za popieraniem wytwórstwa krajowego i za ograniczeniem wywozu grosza polskiego zagranicę. Jest faktem, że olbrzymie ilości specyfików zagranicznych zalewają nasz kraj, zazwyczaj bez potrzeby, gdyż prawie zawsze produkty zagraniczne można zastąpić bez szkody dla chorego produktem krajowym, i tańszym i świeższym i pewniejszym, bo skontrolowanym przez władze polskie.

Pewna część specyfików zagranicznych dostaje się do Polski drogą szmuglu, a mianowicie są to te, które nie są dopuszczone do obrotu w Polsce. Przepisywanie i sprzedawanie takich przemycanych środków jest oczywistem wykroczeniem przeciw obowiązującym przepisom i w kołach Lekarzy polskich bezwarunkowo tolerowanem być nie powinno. Wiadomość, które specyfiki pochodzenia zagranicznego są dopuszczone do obrotu w Polsce, posiadają PP. Aptekarze; Towarzystwo Lekarskie Lwowskie czyni starania w Ministerstwie, aby także Lekarze byli informowani w tym względzie.

Prawie równocześnie z pismem Ministerstwa, o którem mowa u wstępu, nadeszło do Tow. Lek. Lw. pismo Związku Aptekarzy Lwowskich, którzy utyskują na modę specyfików i proszą o jej poskromienie, gdyż przynosi szkodę chorym, lekarzom i aptekarzom. Podnoszą PP. Aptekarze między innemi, że pacjenci, przyzwyczajeni przez swoich ordynarjuszów do używania specyfików, środki takie następnie zakupują chętnie bez ordynacji lekarskiej, a niekiedy nawet aplikują sobie samodzielnie specyfiki, o których wyczytali w pismach codziennych zachęcające reklamy. Żalą się PP. Aptekarze i na to, że z powodu rozpowszechnienia specyfików ponoszą duże straty, gdyż ze względów konkurencyjnych muszą utrzymywać cały balast specyfików, z którego niekiedy większa część nie zostaje sprzedana.

Wspólny więc interes chorych, lekarzy i aptekarzy domaga się ograniczenia do najkonieczniejszego minimum przepisywania specyfików; przedewszystkiem odnosi się to do specyfików zagranicznych, których rozpowszechnienie sprowadza nadto szkody dla przemysłu krajowego i dla majątku narodowego.

Jeszcze słów parę o lekach zagranicznych, które nie są specyfikami ale wytworami chemicznemi albo organoterapeutycznemi. Decydując się na zapisanie takiego leku lekarz polski powinien rozważyć, czy leku zagranicznego nie można zastąpić bez szkody dla chorego analogicznym lekiem krajowym. Jeżeliby się okazało, że lek (albo specyfik) krajowy nie działa równie dobrze, jak lek zagraniczny, to lekarz, który uczynił to spostrzeżenie, powinien sprawę tę podnieść otwarcie przez zwrócenie uwagi producenta krajowego na swoje spostrzeżenie, ewentualnie za pośrednictwem Władzy.

Apelujemy gorąco do Szan. Kolegów, aby powyższe słowa zechcieli rozważyć z punktu widzenia lekarskiego i obywatelskiego.

Z Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, dnia 30 marca 1928 roku.

Ze świata.

VIII Zjazd Towarzystwa niemieckich urologów odbędzie się w Berlinie w czasie od 27 do 29 września 1928 r. w zabudowaniu Langenbeck - Virchowshaus, Luisenstrasse 58-59. Na tematy główne przyjęto: 1) patologję i klinikę wad rozwojowych nerek i moczowodów, 2) zwężenia cewki moczowej. Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się tego Zjazdu udziela jego sekretarjat: Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 13, San.-Rat Dr. Arthur Lewin.

Z kraju.

Kalendarzyk podatkowy.

30 kwietnia upływa termin do składania zeznań o dochodzie osiągniętym w roku 1927, dla wymiaru podatku dochodowego.

W tymże samym terminie należy uiścić zaliczkę na podatek dochodowy oraz na komunalny dodatek do państwowego podatku dochodowego w wysokości połowy tej kwoty, która przypada od wykazanego w zeznaniu dochodu.

W miesiącu kwietniu niema innych ustawowych terminów płatności podatków bezpośrednich.

Należności, na które doręczono wezwania płatnicze, płatne są w terminach w wezwaniach wzgl. nakazach płatniczych oznaczonych.

Redakcja otrzymała.

A. Spoz i E. Piotrowski: Terapja chorób wewnętrznych, skrypt według wykładów prof. Dr. R. Renckiego.

I. Darier: „Précis de dermatologie". Masson et Cie. Paris 1928, 1084 stron.

Lutembacher R.: „Structure des muscles striés". Etude cinématographique des contractions normales et atypiques des muscles et du myocarde. Masson et Cie. Paris. 1928.

Emil Géraudel: „Le mécanisme du coeur et ses anomalies". Masson et Cie, Paris. 1928.

Józef Kowalczewski: „Stan mieszkań służby folwarcznej w świetle liczb na terenie b. Królestwa Kongresowego". Warszawa 1927.

A. C. Guillaume: „Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies". Les états de déséquilibre du système nerveux organovégétatif. Masson et Cie, Paris. 1928.

G. Marion: „Traité d'urologie". 2 tomy. Masson et Cie, Paris 1928.

G. H. Roger, F. Widal et P. J. Teissier: „Nouveau traité de médecine". Fascicule XVIII. Pathologie du système nerveux. Séméiologie générale.

Mikułowski Wł.: „Hémiplégie et syphilis chez l'enfant". Odb. z „Archives de médecine des enfants". Tome XXXI, Nr. 2, Février 1928 r.

I. Cantacuzène: „Archives roumaines de pathologie expérimentale et de microbiologie". Tom I, Nr. 1, Janvier 1928. Masson et Cie Paris.

Czasopisma „Slovansky sbornik ortopedicky", zeszyt I. rocznika 1928.

Czasopisma „Narkose und Anaesthesie", zeszyt 3, rocznik 1928.

I. Bogdanowicz i Wł. Szenajch: „Badania nad płonicą". Odb. z „Pedjatrji Polskiej". Tom VIII, zesz. 1. 1928.

S. Trzebiński: „Projekt różnych instytucji naukowych i lekarsko-administracyjnych w Warszawie z drugiej połowy XVIII w. Z Archiwum Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego.

Zakład psychjatryczny w Tworkach, IX Sprawozdanie za rok 1927. Tworki 1928.